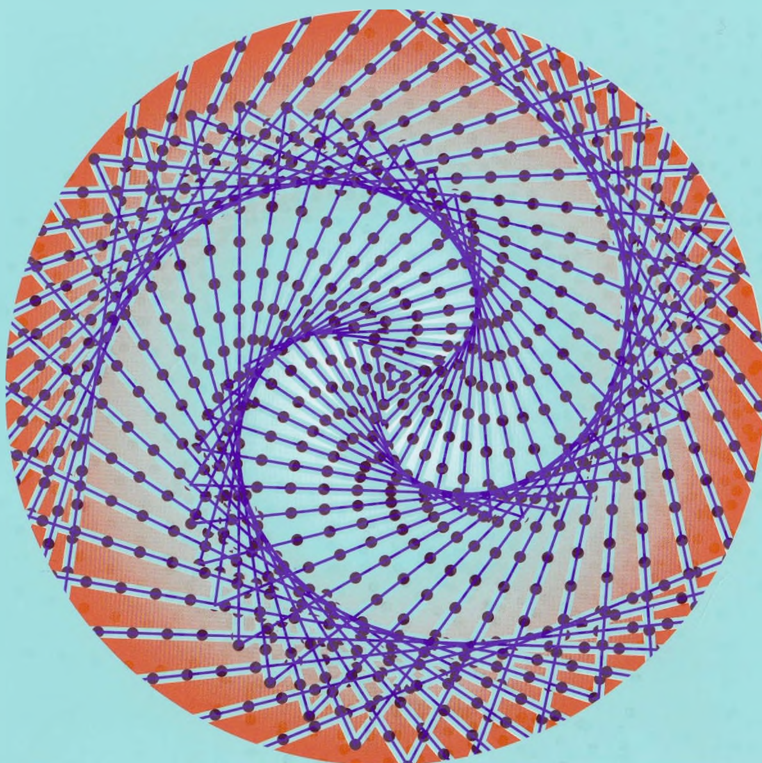
Dileme etice în psihoterapie

Abordări pozitive ale procesului decizional

Samuel J. Knapp
Michael C. Gottlieb
Mitchell M. Handelsman



TREI

PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

Samuel J. Knapp
Michael C. Gottlieb
Mitchell M. Handelsman

Dileme etice în psihoterapie

Abordări pozitive ale procesului decizional

Traducere din engleză de
Daniela Andronache



Editori:
SILVIU DRAGOMIR
VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Director editorial:
MAGDALENA MĂRCULESCU

Coperta:
FABER STUDIO

Redactor:
MANUELA SOFIA NICOLAE

Director producție:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Dtp:
OFELIA COȘMAN

Corectură:
LORINA CHIȚAN
SÎNZIANA DOMAN

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
KNAPP, SAMUEL J.
Dileme etice în psihoterapie / Samuel J. Knapp, Michael C. Gottlieb, Mitchell M. Handelsman ; trad.: Daniela Andronache. - București : Editura Trei, 2016
Bibliogr.
ISBN 978-606-719-550-7

I. Gottlieb, Michael C.
II. Handelsman Mitchell M.
III. Andronache, Daniela (trad.)

159.9

Titlul original: Ethical Dilemmas in Psychotherapy:
Positive Approaches to Decision Making
Autori: Samuel J. Knapp, Michael C. Gottlieb, Mitchell M. Handelsman

O.P. 16, Ghișeul 1, C.P. 0490, București
Tel.: +4 021 300 60 90; Fax: +4 0372 25 20 20
e mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN: 978-606-719-550-7

Cuprins



Pentru Janemarie Heesen Knapp, Michele, Jon, Cale și Coby Nakasone și Valerie, Gregory și Kylie McClellan.

Samuel J. Knapp

Soției mele, Holly, fără de care această lucrare nu ar fi fost posibilă.

Michael C. Gottlieb

Pentru Eleanore Welsh (Bună, mamă!) și lui Debbi Mandel.

Mitchelll M. Handelsman

Avertisment important

Informațiile și opiniile publicate în această carte sunt în întregime responsabilitatea autorilor. Aceste informații și opinii nu reprezintă politicile oficiale, standardele, recomandările sau codurile etice ale Asociației Psihologice Americane (APA), ale Comisiei de Etică sau Biroului de Etică ale APA sau ale oricăror alte persoane sau grupuri de persoane din administrația APA. Afirmațiile făcute în această carte nu completează, nici nu reduc cerințele stipulate de „Principiile etice ale psihologilor și codul de conduită" (2010) ale APA, numite în continuare Codul Etic al APA sau Codul Etic, nici nu pot fi considerate drept sursă exclusivă de explicare a standardelor Codului Etic sau de aplicare a lor la situații particulare. Fiecare comisie de etică sau alte instituții competente au datoria de a interpreta și aplica prevederile Codului Etic după cum consideră adecvat și luând în considerare toate circumstanțele fiecărei situații particulare. Niciuna dintre informațiile prezentate în această carte, care implică aspecte juridice sau etice, nu trebuie să fie folosită ca substitut al opiniilor legale avizate ce pot fi obținute prin consiliere și consultație juridică și/sau etică din partea specialiștilor competenți, înaintea luării unor decizii cu privire la circumstanțe individuale.

Prefață

Cunoștințele care stau la baza procesului decizional în problemele etice contemporane s-au constituit pe baza studiilor și cercetărilor realizate în perioada de după cel de-al Doilea Război Mondial. Noi înșine ne-am format profesional și am început să profesăm la scurt timp după acest moment; ca urmare, am avansat în profesie odată cu dezvoltarea acestui domeniu. Pe parcursul carierelor noastre, în mod independent, am devenit practicieni, specialiști, profesori și consultanți pe probleme etice pentru colegii noștri. Ne-am luptat cu aceste aspecte timp de zeci de ani.

Fiecare dintre noi a fost preocupat de acele probleme care rămâneau neacoperite cu toate că domeniul se dezvolta. Așa am început să colaborăm, cu mai bine de zece ani în urmă, cu speranța că vom putea contribui la consolidarea acestui domeniu de cunoaștere. Munca noastră a progresat în moduri diferite; o mare parte din ea a constat în încorporarea de cunoștințe și cercetări din surse precum filosofia, psihologia socială, psihologia pozitivă, etica în afaceri și economia comportamentală în scrierile noastre despre etica psihologilor profesioniști. Pe măsură ce progresam în cercetările noastre, am ajuns la concluzia că domeniul ar putea beneficia mai mult de pe urma integrării

 tuturor acestor surse. Această carte reprezintă încununarea acestui efort.

Sperăm că cititorii acestei cărți vor aprecia trei lucruri. În primul rând, ariile diferite de cunoștințe care, deși par a fi fără legătură între ele, contribuie în mod substanțial la modul cum sunt luate deciziile etice. În al doilea rând, aceste surse nu sunt nici reciproc exclusive, nici inerent contradictorii; mai degrabă, ele pot fi integrate într-o manieră coerentă pentru a aborda alegerile și dilemele etice care apar în practică. În al treilea rând, cele mai multe cărți de etică oferă introduceri bune în bazele procesului decizional în problemele de etică. Scopul acestei cărți este de a merge mai departe și de a aborda modalități de rezolvare a situațiilor în care practicienii se simt copleșiți, ezitanți sau au sentimentul de pierdere din cauză că nu știu cum să procedeze.

Mulțumim Asociației Psihologice din Pennsylvania, care ne-a permis să adaptăm câteva articole scrise de Samuel Knapp care au fost publicate anterior în *The Pennsylvania Psychologist*.

Rămânem profund îndatorați multor persoane care ne-au dat indicații și ne-au clarificat gândirea etică, inclusiv regretatei dr. Patricia Bricklin și entuziastului John Gavazzi. Dr. Peter Keller ne-a instruit în aplicarea eticii pozitive în mediile instituționale. Dr. Linda Knauss ne-a asistat în dezvoltarea modelului în cinci pași al luării deciziei etice. Dr. Richard Small și dr. Knapp au folosit pentru prima dată termenul de *etică pozitivă* în cadrul unui atelier de lucru pe care l-au coordonat împreună în 1997. Dr. John Lemoncelli și dr. Alan Tjeltveit ne-au acordat un ajutor deosebit prin discuțiile cu privire la etică și religie. Sharon K. Anderson ne-a ajutat să ne dezvoltăm ideile privind aculturația etică și antrenamentul etic. Jeff Sternlieb ne-a ajutat să dăm

importanța cuvenită automonitorizării și autoreflecției asupra comportamentului etic. Avocatul Rachael Baturin și avocatul-psiholog Alan Tepper ne-au furnizat puncte de vedere juridice. Dr. Allison Bashe ne-a ajutat să ne clarificăm gândirea privitoare la aculturație, etica pozitivă și etică în general. Dr. Leon VandeCreek ne-a fost colaborator timp îndelungat și a avut contribuții importante la discernerea implicațiilor unei abordări etice pozitive. Doctorii Bruce Bennett, Eric Harris, Jana Martin și Jeff Younggren de la Fondul de Asigurări al Asociației Psihologice Americane au dezvoltat și rafinat unele strategii de management al riscului (și optimizare a calității).

Desigur, toate greșelile și lipsurile sunt doar ale noastre.

Introducere: probleme, capcane și alternative[1]

Viața unui psiholog profesionist poate fi plină de satisfacții, dar și de dificultăți, în același timp. Deși suntem mândri de munca noastră și am ajutat de-a lungul timpului mulți oameni, am avut și multe nopți nedormite, ori de câte ori am fost în situația de a lua decizii de natură etică. Discuțiile noastre cu alți psihologi de-a lungul timpului și literatura de specialitate sugerează că nu suntem singurii (Pope și Vetter, 1992). În multe situații, psihologii trebuie să găsească o soluție de compromis între interese conflictuale și obligații conflictuale sau să negocieze pentru a pune de acord principii etice generale care par să intre în coliziune unele cu altele. Scopul acestei cărți este acela de a-i ajuta pe psihologi, psihoterapeuți și consilieri psihologici să abordeze aceste situații dificile sau supărătoare în care codurile etice, legile și alte recomandări profesionale nu oferă sau nu pot oferi indicații clare. Cartea poate fi de interes și pentru psihologii care realizează cercetări cu privire la

[1] Au fost luate măsurile adecvate pentru protejarea confidențialității față de toate persoanele menționate în exemplele de cazuri din această carte.

 psihoterapie sau care predau cursuri de psihoterapie. Iată un exemplu:

Un conflict de valori

Dr. Yasuto trata un pacient suicidar care refuza să se interneze într-un spital de psihiatrie, dar care a fost de acord să se angajeze că va veni și la ședința de săptămâna următoare, „dacă mai sunt pe-aici". Conform legislației statului în care profesează dr. Yasuto, pacientul s-ar califica pentru o spitalizare psihiatrică involuntară, spitalizare care ar asigura temporar siguranța pacientului. Totuși, dată fiind lipsa de răspuns a pacientului la tratamentul medicamentos, dr. Yasuto se îndoia că spitalizarea ar fi putut fi benefică și se temea că spitalizarea forțată l-ar fi făcut pe pacient să își piardă încrederea în ea și după externare să renunțe la terapie. Apoi, dr. Yasuto s-a gândit la sinuciderea propriului ei tată și la durerea pe care aceasta i-o provocase atât ei, cât și întregii sale familii.

În acest exemplu, dr. Yasuto întâmpină cel puțin patru obstacole. Prima provocare este cea a coflictului dintre unele principii etice: ea a simțit nevoia să acționeze conform principiilor generale de *a face bine* (de a acționa în sensul promovării stării de bine a pacientului) și de *a nu face rău* (de a acționa astfel încât să evite ca pacientului să i se întâmple ceva rău). Ar fi putut face acest lucru prin inițierea spitalizării involuntare, care ar fi asigurat siguranța imediată a pacientului. Totuși, dr. Yasuto a simțit în același timp nevoia de a respecta și un alt principiu etic global: dreptul pacientului ei de a lua decizii în mod autonom. Ea putea aplica acest principiu respectând dorința pacientului de a fi tratat ca pacient extern. Cea de-a doua provocare cu care se confruntă privește rolul său profesional și relația dintre

acest rol și rolurile din viața și experiențele sale personale: trebuie să separe și să pondereze influența pe care o poate avea asupra judecății sale profesionale experiența personală legată de moartea tatălui. Cea de-a treia provocare este legată de modul cum poate lua cea mai bună decizie posibilă: se poate întreba dacă decizia ei nu este în mod nejustificat influențată de factori precum dorința sa de a-și păstra avantajele loialității, admirației și onorariilor pacientului, teama de eventuale reclamații și dorința de a evita inconvenientele ce ar putea apărea de aici. Dr. Yasuto trebuie să analizeze, de asemenea, dacă s-ar aplica acestei situații vreunul dintre standardele „Principiilor etice ale psihologilor și Codului de conduită" ale Asociației Psihologice Americane (APA, 2010) (numit în continuare Codul Etic al APA) și, dacă da, cum ar putea fi acesta implementat.

Dr. Yasuto trebuie să ia o decizie care ar putea afecta în mod substanțial viața sa, a pacientului său, dar și viețile altor persoane, și trebuie să ia această decizie foarte repede. Psihologii se află adeseori în situații asemănătoare, și, în asemenea momente, se pot simți stresați moral și nesiguri în legătură cu modul cel mai adecvat în care ar putea păstra echilibrul între diferitele lor obligații morale.

În alte situații, psihologii nu simt un asemenea conflict al valorilor. Ei și pacientul pot defini cu ușurință și pot cădea de acord asupra obiectivelor demersului terapeutic; pot avea, însă, doar unele dificultăți în atingerea acestor obiective. Iată un exemplu:

Blocaj în tratament

Dr. Smith trata o pacientă cu depresie majoră care nu făcea niciun progres, cu toate că dr. Smith folosea un tratament de

ultimă oră, bazat pe rezultate concrete. Dr. Smith a recitit cu mare atenție fișa de tratament a pacientei, dar nu a putut găsi nicio explicație plauzibilă. Pacienta părea să se afle într-o stare de suferință profundă și era demoralizată de lipsa de progres a tratamentului.

Dr. Smith nu avea nicio neclaritate cu privire la obiectivul său de a asigura starea de bine a pacientei sale, dar se simțea frustrat din cauză că nu era sigur cum anume să atingă acest obiectiv.

Psihologii pot să nu fie siguri în legătură cu modul în care pot păstra echilibrul între valorile lor personale și cele profesionale și se pot confrunta cu propriile emoții foarte puternice, precum frica, furia sau compasiunea. Iată un exemplu:

Ambiguitatea rolului: social sau profesional?

Un psihoterapeut proaspăt licențiat, dr. Parker lua parte la o cină oferită de un vechi prieten din facultate. Gazda l-a prezentat unei invitate, care i-a zis: „Dar eu vă cunosc! Sunteți terapeutul vecinei mele, Renée! Vorbește tot timpul despre dumneavoastră. Sunteți foarte bun! A fost chiar ieri la dumneavoastră, nu-i așa?"

Cu toate că se afla într-o situație socială, iar intenția observației interlocutorului fusese una de apropiere prietenoasă, dr. Parker nu putea răspunde nici ca prieten, nici ca invitat. Normele pe care ar fi trebuit să le respecte ca invitat la o petrecere l-ar fi obligat să se angajeze în conversația cu celălalt invitat și să împărtășească prietenește informații despre cunoștințele comune. Cu toate acestea, dr. Parker a trebuit să țină seama de faptul că rolul său profesional atrage și obligații specifice, care fac ca unele comportamente, care sunt adecvate într-o relație

socială, să nu fie adecvate pentru cineva aflat într-o relație profesională cu un pacient. Deși păstrarea confidențialității față de un pacient atunci când se află la o petrecere nu ar fi o mare bătaie de cap pentru psihologii cu ceva experiență, pot apărea oricând alte conflicte de rol, mai subtile, în care este ușor de alunecat către normele și valorile prieteniei sau ale moralității sociale, deși un asemenea comportament poate dăuna relației profesionale.

Codurile etice nu sunt suficiente

Probleme ca acestea apar în *zona gri* a eticii, acolo unde răspunsurile nu sunt evidente și nu pot fi împărțite în albe sau negre. Nicio lege, regulă, sentință judecătorească sau standard al Codului Etic al APA nu le poate spune psihologilor exact ce să facă. Cel mai bun răspuns nu poate fi găsit nici într-o clauză de treizeci de cuvinte din Codul Etic al APA, nici într-o frază succintă sau în vreun comentariu inteligent dintr-o prelegere pe teme de etică, sau în acțiuni dictate de vreo procedură unidimensională, logică, rațională.

Psihologii vor avea șanse mai mari de a rezolva cu succes acest tip de probleme dacă sunt bine informați cu privire la legile și codurile etice în vigoare care le guvernează profesia. *Codurile etice* identifică aspectele etice[2] frecvente pe care le întâlnesc psihologii, iar apoi furnizează o conduită prescriptivă. Codurile de conduită profesională, așa cum este și Codul Etic al APA, reflectă cunoașterea acumulată de membrii profesiei respective și sunt rezultatul experienței generațiilor trecute, al reflecțiilor filosofice și al analizei juridice privitoare la practica profesiei

[2] Unii autori fac o distincție între termenii etic și moral, dar această distincție nu este universal recunoscută. Noi utilizăm acești doi termeni cu sens interschimbabil.

respective. Fără Codul Etic al APA (și educația cu privire la acesta), psihologii care practică această profesie s-ar confrunta cu ceea ce noi numim *ambuscade morale*, o serie de noi experiențe sau dileme etice pe care nu ar fi pregătiți să le rezolve. Într-un fel sau altul, înțelepciunea acumulată până acum și reflectată de Codul Etic al APA îi poate ghida pe psihologi doar în tipurile de situații întâlnite până acum, căci niciun set de standarde nu-i poate ghida în mod adecvat pe specialiști pentru a face față absolut tuturor situațiilor complexe și stresante pe care le-ar putea întâlni. În schimb, psihologii care profesează au nevoie de instrumente suplimentare pentru a rezolva probleme ce apar în zonele gri ale eticii. Acordăm mult spațiu în această carte explicării diferitelor modalități de înțelegere și rezolvare ale unor asemenea dileme și de alegere a celor mai bune variante etice. Dar mai întâi trebuie să explicăm o ipoteză fundamentală care stă la baza lucrării noastre. Perspectiva noastră generală este aceea că trebuie să ne străduim să ajungem la cel mai bun rezultat posibil ancorat în principiile etice fundamentale și să nu ne mulțumim cu o soluție care să îndeplinească doar cerințele juridice și etice minime. Numim această abordare *etică pozitivă*.

Etica pozitivă

Unii psihologi înțeleg cuvântul *etică* în principal prin prisma interdicțiilor, cum ar fi evitarea plagiatelor sau a relațiilor sociale inadecvate cu pacienții. Alții consideră că etica este o listă de obligații, cum ar fi să aibă o discuție privitoare la consimțământul informat al pacientului la începutul tratamentului. Pentru acești psihologi, motivația comportamentului etic derivă adeseori în principal din teama de a nu fi sancționați de o instituție de

reglementare sau de a nu fi dați în judecată pentru malpraxis. Ne referim la această atitudine ca fiind abordarea *etică plafonată.*

Etica plafonată include acele acțiuni care se concentrează pe obligațiile minime — respectarea reținerii de la un număr de acțiuni interzise sau amintirea de a realiza unele obligatorii, în timpul desfășurării activității de furnizare de servicii profesionale. Citind „Principiile etice ale psihologilor și Codul de Conduită al APA", psihologii care adoptă abordarea etică plafonată ar putea să țină seama doar de Codul de conduită în vigoare — stadardele — și să nu ia în considerație principiile generale (aspiraționale), întrucât acestea nu implică sancțiuni.

Cu toate că un asemenea comportament poate fi considerat etic într-un sens tehnic, acesta reflectă o atitudine care nu îi încurajează pe psihologi să analizeze sau să reflecteze cu privire la sentimetele lor proprii sau să se gândească la modul în care deciziile lor pot fi corelate cu principiile etice generale. Comentând această atitudine, Rushworth Kidder (2009) a afirmat că „mult din ceea ce este considerat astăzi a fi etică este doar reglementare prezentată ca fiind o filosofie" (p. x).

Noi credem că abordarea de tipul eticii plafonate îi păcălește pe psihologi — și pe experții în domeniul eticii —, oferind o perspectivă limitată asupra procesului de decizie etică. Nu doar că prezintă etica într-o manieră neplăcută și în mod nenecesar producătoare de anxietate, dar, cum vom arăta mai târziu, poate pune în pericol calitatea serviciilor. Nu reușește să ia în considerație spiritul sau filosofia care stă la baza normelor etice, modurile subtile în care calitatea serviciilor poate fi depreciată sau optimizată și modurile în care etica îi poate inspira și înălța pe acei psihologi care se străduiesc să fie cât mai buni în tot ceea ce fac.

Considerăm că etica pozitivă este o alternativă preferabilă. Această abordare caută să găsească o relație mai potrivită între reguli, reglementări și standardele care ne guvernează munca, pe de o parte, și idealurile etice generale sau aspiraționale, pe de altă parte (Handelsman, Knapp și Gottlieb, 2001, 2009; Knapp și Small, 1997). Această metodă înseamnă ancorarea tuturor comportamentelor și deciziilor profesionale într-o filosofie etică fundamentală a ceea ce pot fi psihologii, nu doar evitarea a ceea ce nu ar trebui să facă aceștia.

Este cu siguranță de dorit să prevenim încălcarea legilor și a standardelor care guvernează activitatea psihologilor. Conform abordării pozitive, însă, practica etică nu doar le cere psihologilor să cunoască și să urmeze regulile, dar le cere acestora să ia în considerare și în ce măsură pot maximiza implementarea valorilor lor morale în contextul rolurilor lor profesionale.

Diferența dintre abordarea etică pozitivă și etica plafonată poate consta în mai mult decât doar o modalitate convenabilă de a descrie perspective diferite cu privire la procesul decizional etic. Unele dovezi au sugerat că asemenea perspective diferite pot reflecta o dihotomie mai bazală, cu originea în chiar psihologia umană. Cercetarea experimentală asupra comportamentului condiționat a făcut să fie recunoscute diferențele dintre comportamentele de confruntare și cele de evitare, probabil reflectând două sisteme de activare comportamentală separate (Carver, 2006). Janoff-Bulman, Sheikh și Hepp (2009) au speculat că exact aceste două procese de confruntare/evitare se pot aplica și comportamentului moral, și chiar într-o manieră asemănătoare diferențierii dintre etica pozitivă (sistem de confruntare sau de urmărire a beneficiilor) și etica plafonată (sistem bazat pe evitare sau pe urmărirea potențialelor daune).

În plus, cercetarea din psihologia experimentală a arătat că evenimentele negative tind să aibă un efect mai puternic asupra comportamentului uman decât evenimentele pozitive corelative (Baumeister și Tierney, 2011). De exemplu, participanții la un studiu de cercetare au depus mai mult efort pentru a evita pierderea de bani decât pentru a câștiga o sumă echivalentă de bani (a se vedea prezentarea făcută de Kahneman, 2011).

Predispoziția generală de a acorda o pondere mai mare rezultatelor negative decât celor pozitive poate influența modul în care psihologii acționează în exercitarea profesiei; pedeapsa pentru încălcarea interdicțiilor și producerea de daune poate fi un factor motivator mai puternic decât beneficiile acțiunilor de asigurare a stării de bine a celorlalți. În acest sens, putem spune că moralitatea este asimetrică, dezavantajele reprezentate de pedeapsă primind mai multă atenție decât câștigurile realizate din faptele bune pe care le facem. În consecință, pot fi necesare acțiuni conștiente și deliberate pentru a depăși înclinația naturală de a pune cu preponderență un accent mai mare asupra evenimentelor negative sau traumatizante.

Avantajele practice ale eticii pozitive

Etica pozitivă are câteva avantaje. Primul este acela că psihologii care adoptă o abordare pozitivă pot fi mai sensibili la aspectele etice cu care se confruntă zilnic. Astfel, ei pot fi mai înclinați să analizeze potențialul dimensiunilor etice ale tuturor acțiunilor lor, chiar dacă probabilitatea de a putea fi trași la răspundere de vreo comisie disciplinară este îndepărtată sau inexistentă. Cel de-al doilea avantaj constă în faptul că o abordare pozitivă necesită un standard mai înalt de conduită și îi

poate motiva pe psihologi să furnizeze servicii de cea mai înaltă calitate. Astfel, distincțiile și limitele dintre ceea ce este *etic* și ceea ce este *neetic* sunt completate cu distincțiile dintre ceea ce este *adecvat etic* și ceea ce e *excelent etic*. Al treilea avantaj constă în faptul că psihologii care adoptă o atitudine pozitivă pot fi mai motivați să urmărească spiritul și litera Codului Etic al APA, pentru că acesta reflectă propriile lor valori personale. Astfel, ei pot, în cele din urmă, să fie mai puțin înclinați să încalce prevederile Codului.

Accentul pus pe etica pozitivă are implicații asupra modului în care răspund psihologii numeroaselor provocări cu care se confruntă. Aceasta furnizează un cadru general de analiză a modului celui mai adecvat de acțiune. Pentru recomandări mai specifice, explorăm modelele următoare.

Trei modele utile în luarea deciziilor etice

Klein (2009) a folosit metafora ghidurilor de călătorie și a hărților pentru șoferi pentru a explica diferențele dintre urmarea întocmai a procedurilor și folosirea judecății profesionale. Ghidurile pot fi de ajutor atâta timp cât șoferii nu întâlnesc situații neprevăzute. Totuși, ei se pot rătăci cu mare ușurință dacă trebuie să facă vreun ocol din cauza vreunei lucrări la construcția drumului sau a vreunui accident. Pe de altă parte, o hartă îi poate ajuta pe șoferi să ajungă la destinație, chiar dacă trebuie să facă ocoluri mari sau întâlnesc tot felul de obstacole. Ghidurile pot fi asemănate cu codurile etice; în această carte, noi vă oferim hărți.

Din experiența acumulată ca psihologi practicieni, educatori și consultanți, am observat trei tipare sau teme de probleme și

situații dificile pe care le-am întâlnit și în care i-am ajutat pe studenții și psihologii cu care am lucrat să le rezolve. În primul rând, psihologii precum dr. Yasuto, din primul exemplu din această Introducere, pot constata că în anumite situații principiile etice pot intra în competiție unele cu altele, astfel că nu poate fi respectat un principiu moral fără a fi încălcat un altul. Ca rezultat, psihologii aflați în asemenea situații sunt nesiguri cu privire la obiectivul pe care îl au de atins. În al doilea rând, psihologii ca dr. Smith, din cea de-a doua prezentare de caz, se pot simți blocați și în conflict cu ei înșiși (din punct de vedere etic, emoțional sau logistic) atunci când se confrună cu eventualitatea eșecului terapiei. Mai exact, ei cunosc obiectivele, dar nu sunt siguri cum să ajungă la ele. În al treilea rând, psihologii precum dr. Parker din ce-a de-a treia vignetă, pot risca să-și piardă claritatea gândirii cu privire la rolurile adecvate situațiilor cu care se confruntă. În această carte, oferim hărți sub forma a trei modele: modelul procesului decizional în problemele etice, modelul optimizării calității și modelul aculturației etice. Am constatat că psihologii pot utiliza aceste modele fie separat, fie în combinație unele cu altele, pentru a aborda cele trei teme prezente în situațiile problematice din punct de vedere etic, astfel rezolvând, punând de acord sau prevenind problemele ce pot apărea. În plus, am constatat faptul că psihologii pot implementa mai bine fiecare dintre aceste modele dacă se apleacă asupra factorilor nonraționali care le pot influența procesul decizional (ne ocupăm de acești factori nonraționali în Capitolul 1).

În primul rând, psihologii pot folosi strategiile de alegere a unei alternative etice de acțiune atunci când nu pot adera simultan la un principiu etic fără a încălca un altul. De exemplu, dr. Yasuto ar putea încălca principiul respectului deplin față de

autonomia pacientului său dacă, în același timp, ar dori să se asigure complet cu privire la siguranța pacientului. Ne ocupăm de această dilemă în Capitolul 2.

În al doilea rând, psihologii pot aplica strategii de optimizare a calității atunci când au probleme în atingerea obiectivelor, deși obiectivele par să fie clare și sunt agreate și cu pacienții. În cel de-al doilea exemplu pe care l-am dat, dr. Smith și pacientul său au căzut de acord asupra obiectivului de ameliorare a simptomatologiei depresiei, dar nu au reușit (cel puțin, nu încă) să atingă acest obiectiv. Ne ocupăm de aceste aspecte în Capitolul 3.

În al treilea rând, psihologii pot folosi modelul aculturației etice atunci când nu sunt siguri de rolul lor sau când nu știu cum să integreze valorile și idealurile etice personale cu responsabilitățile lor profesionale. În cel de-al treilea caz dat ca exemplu, dr. Parker avea suficiente cunoștințe pentru a-și păstra rolul profesional, deși presiunile sociale l-ar fi putut împinge să abandoneze acest rol. Ne ocupăm de aceste aspecte în Capitolul 4.

Alte capitole aplică aceste trei modele la situații ce implică roluri profesionale (Capitolul 5), aspecte legate de respectarea limitelor (Capitolul 6), consimțământul informat al pacientului (Capitolul 7), periculozitatea (Capitolul 8) și problemele ce pot apărea atunci când valorile sunt în conflict (Capitolul 9).

Cum implementăm cele trei modele

Psihologii pot avea rezultate optime în implementarea fiecăruia dintre aceste trei modele dacă urmează patru principii de bază: (a) se concentrează asupra principiilor etice generale, (b) iau în considerare factorii emoționali și nonraționali, (c) acceptă faptul că unele probleme au soluții greu de sesizat și (d) solicită

opinia altor persoane. Discutăm în continuare fiecare dintre aceste principii.

Concentrarea asupra principiilor generale

Conform perspectivei eticii pozitive, psihologii trebuie să își ancoreze întregul comportament profesional, inclusiv cel legat de managementul riscurilor, în principiile etice generale (Handelsman și alții, 2009): să asigure starea de bine a pacientului, să evite provocarea oricăror daune, să respecte autonomia de decizie a pacientului, fidelitatea (în sensul de loialitate), dreptatea și binele public sau general (aceste principii sunt descrise în detaliu în Capitolul 2). Această perspectivă are implicații în realitate și în practică. În primul exemplu de caz, dr. Yasuto s-a străduit să protejeze viața pacientului său. Scopul său nu era doar acela de a evita o tragere la răspundere juridică, deși este importantă și aceasta, ci de a-și proteja pacientul prin furnizarea celui mai bun tratament posibil. Dacă dr. Yasuto s-ar fi concentrat exclusiv pe implicațiile responsabilității sale personale, ar fi putut să sară de îndată la prima soluție doar pe jumătate plauzibilă, care era aceea de a-și trimite pacientul la spital. Până la urmă, s-ar putea argumenta că, dacă și-ar fi forțat pacientul să se interneze, nu ar fi putut-o acuza nimeni de neglijență. Dar o soluție pe termen scurt, centrată exclusiv pe autoprotecția psihologului, ar fi putut în realitate să mărească probabilitatea ca pacientul să moară printr-un suicid — dacă pacientul și-ar fi pierdut încrederea în psihologul său, ar fi ascuns informații în terapie sau chiar ar fi renunțat la tratament. În schimb, dr. Yasuto s-a concentrat pe binele pe termen lung al pacientului său, atitudine care necesită găsirea de modalități prin care să fie maximizat

acest bine și, dacă este posibil, să minimalizeze restrângerea autonomiei lui. Accentul pus pe importanța principiilor etice generale este parte a eticii pozitive (Handelsman și alții, 2009).

Analiza factorilor emoționali și a altor factori nonraționali

Analiza rațională are un rol important în luarea celor mai bune decizii. Cu toate acestea, cercetătorii au demonstrat că deciziile etice sunt mai complexe. Așa cum vom arăta în Capitolul 1, psihologii pot lua cele mai bune decizii atunci când își completează procesele cognitive cu un grad înalt de conștientizare a factorilor intuitivi, emoționali sau a altor factori nonraționali inerenți în deliberările complexe. Într-adevăr, uneori, cogniția poate chiar interfera cu abilitatea de a lua cele mai bune decizii etice, în special dacă psihologii — intenționat sau neintenționat — își folosesc abilitatea de a raționa pentru a justifica sau raționaliza deciziile luate în scopul propriilor lor interese. În mai multe ocazii, pe parcursul cărții, le vom cere cititorilor să se pună în pielea protagoniștilor. De exemplu, dr. Yasuto avea suficientă conștiință de sine pentru a recunoaște că sinuciderea propriului său tată i-ar fi putut influența decizia. Dar, ea putea fi motivată și de factori nonraționali mai subtili, care scapă conștientizării sale imediate.

Psihologii, ca orice alți agenți morali, pot fi deseori influențați de *urme morale* sau sentimente de apăsare cu privire la principiile etice pe care nu reușesc să le respecte în întregime în timp ce analizează sau chiar după ce și-au asumat o anumită poziție etică (Nozick, 1968). Dr. Yasuto va lua cel mai probabil o decizie

etică bună dacă acordă atenție acestor urme morale și încearcă să le găsească originile.

Acceptarea faptului că unele probleme au soluții greu de sesizat

Orice decizie implică riscul de a greși sau de a încălca unele principii etice, deși le respectă pe altele. Astfel, psihologii se confruntă adeseori cu situații în care nicio soluție nu pare suficient de bună, iar probabilitatea de a greși pare foarte mare. Nu există nicio cale de a evita asemenea situații și criticile care acompaniază inevitabil greșelile. Cu toate acestea, psihologii se pot strădui totuși să reducă daunele pe care le poate cauza o greșeală. Niciun psiholog nu poate evita greșelile în întregime — acest lucru ar fi imposibil —, dar ei se pot strădui să facă acele greșeli care sunt preferabile. Mai exact, își pot asuma unele riscuri calculate atâta timp cât reduc la minimum riscul de daune pentru pacienți sau pentru alte persoane.

În cel de-al doilea exemplu de caz, dr. Smith poate fi capabil să creeze o intervenție care ar putea avea o oarecare probabilitate de succes. Dar și dacă eșuează, o asemenea intervenție îi poate furniza informații utile despre pacient, chiar dacă s-ar putea să nu fie respectat principiul de asigurare a stării de bine a pacientului. În acest caz particular, dr. Smith avea neclarități cu privire la câteva lucruri: cumva depresia pacientei avea o cauză mai recentă, poate pierderea slujbei, sau avea cauze mai vechi? Respecta pacienta cu adevărat tratamentul medicamentos recomandat de medic (deși ea spunea că da)? Era calitatea relației ei maritale atât de bună precum susținea pacienta? Dată fiind gravitatea situației, dr. Smith trebuie să încerce să facă ceva

ca să reducă suferința pacientei, cu toate că, la acest moment, intervenția optimă nu este clară. Modelul optimizării calității descris în Capitolul 3 sugerează un proces prin care dr. Smith poate crește calitatea tratamentului prin accesarea de noi resurse prin abordarea directă a pacientului, a unor consultanți și a altor persoane implicate.

Solicitarea opiniei altora

Deși responsabilitatea primară pentru alegerile etice făcute rămâne exclusiv în sarcina practicienilor, deciziile acestora au tendința de a fi mai bune atunci când ei solicită și alte păreri. Izolarea este inamicul deliberării atente; consultarea este prietenul ei. Cu toții dorim să părem competenți și să nu le arătăm celorlalți că am greșit vreodată, dar este o povară enormă ascunderea problemelor și a îndoielilor profesionale, iar procedând așa riscăm să le facem rău pacienților noștri. Cei care au autorizație de practică de mai mulți ani riscă să creadă că le-au văzut pe toate și că știu cum să gestioneze chiar și crizele cele mai dificile. Din păcate, mândria pentru realizările trecute îi poate împiedica să ceară ajutor în momentul în care au nevoie de el. Consultarea cu alți specialiști are multe beneficii, inclusiv prin obținerea de informații specifice cu privire la gestionarea unui anumit caz și la ajutorul pe care îl pot primi psihologii pentru a-și exprima îngrijorările cu mai multă precizie. Procesul însuși al împărtășirii dificultăților îi poate ajuta pe psihologi să reducă stresul și să gândească mai clar (Gottlieb, Handelsman și Knapp, 2013).

Concluzie

Cu toate că „hărțile" pe care le oferim noi aici îi ajută pe psihologi să ia decizii mai bune, nu avem pretenția că strategiile noastre sunt singurele modalități de conceptualizare a problemelor, nici nu pretindem că aceste strategii vor conduce întotdeauna la soluțiile optime. În această carte, îi îndemnăm pe psihologi să evite să devină extrem de atașați de ideile lor, să fie curioși să caute noi informații și să ia în considerare interpretările alternative ale informațiilor pe care deja le dețin. Totuși, în consultațiile noastre cu diferiți psihologi de-a lungul anilor, am constatat că modelele și strategiile prezentate în această carte sunt destul de utile.

Se spune că unii agenți de pe Wall Street mai degrabă ar fi în stare să divorțeze de soțiile lor decât să renunțe la teoria lor favorită cu privire la investiții (Taleb, 2010). Cum și noi suntem tot oameni, recunoaștem că cercetări, reflecții și comentarii viitoare vor putea revela, eventual, diferite inadecvări în ceea ce prezentăm în această carte. Îi îndemnăm, de aceea, pe cititori să modifice sau să respingă ideile noastre, dacă ele nu par a fi de ajutor. Chiar și hărțile pot fi greșite uneori! Avem mai puțin interesul de a părea erudiți și suntem mai interesați să fim de ajutor. Dar considerăm că cititorii care ne vor asculta cu suficientă atenție vor putea profita de pe urma acestei cărți.

Partea I

Trei modele pentru abordarea problemelor etice complexe

De ce sunt alegerile etice atât de dificile?

Luarea deciziilor etice a fost de-a lungul istoriei subiect predilect de dezbatere între filosofi. Bazându-se pe diferite teorii filosofice, precum utilitarismul și deontologia, filosofii au încercat să determine ce comportament ar fi corect din punct de vedere moral în orice situație dată. În ultima parte a secolului al XIX-lea, a început să se dezvolte rolul și statutul de *specialist* și, odată cu acesta, a apărut și ideea că specialiștii acționează ca niște persoane de încredere — mai concret, din cauză că alți oameni au încredere în îngrijirea pe care le-o acordă aceștia, specialiștii au unele obligații pe care publicul larg nu le are. Aceste responsabilități includ păstrarea confidențialității și plasarea interesului pacientului înaintea propriului interes al specialistului. Pe măsură ce specialiștilor li s-a pretins îndeplinirea acestor obligații suplimentare, asociațiile lor profesionale au dezvoltat coduri etice pentru a-i ghida în luarea deciziilor etice.

La început, aceste coduri erau destul de rudimentare și, în mare, erau deduse prin analiză filosofică, dar argumentele filosofice fundamentale au rămas nerezolvate până în anii 1930. Filosoful englez William David Ross a fost preocupat de faptul

că deontologii nu permiteau nicio excepție de la principiile lor, în timp ce utilitariștii nu permiteau ca unii dintre oameni să fie tratați diferit față de alții. Pentru a încerca să rezolve această dilemă, W.D. Ross (1930/1998) a dezvoltat conceptul de obligații *prima facie*. Numite astăzi *norme etice bazate pe principii*, ele reprezintă obligații care trebuie să fie întotdeauna îndeplinite, cu excepția cazului în care, într-o anumită situație, un principiu vine în conflict cu un altul cu o forță egală sau mai mare. Beauchamp și Childress (2009) au identificat cinci principii etice prima facie care sunt în mod deosebit relevante pentru domeniul îngrijirii sănătății: respectul față de autonomia pacientului, promovarea stării de bine, evitarea provocării de daune, dreptatea și relația specialist-pacient. Vom discuta aceste principii etice, dar și altele mai în detaliu în Capitolul 2. Contribuția lui W.D. Ross nu a rezolvat deosebirile filosofice fundamentale, dar a reprezentat un mare pas înainte în reglementarea judecății profesionale. Dilema de care s-a ocupat el a fost frumos surprinsă de către Beauchamp și Childress, care au scris:

> Principiile, regulile, obligațiile și drepturile nu sunt standarde gravate în lemn care nu permit compromisul. Cu toate că „un om cu principii" este adeseori privit ca o persoană strictă și inflexibilă, trebuie să specificăm principiile astfel încât ele să poată funcționa în circumstanțe particulare și trebuie adeseori să le adaptăm la alte norme morale. Nu este o obiecțiune la adresa normelor morale faptul că, în anumite circumstanțe, ele pot fi în mod justificat încălcate de către alte norme morale cu care sunt în conflict. (p. 15)

Câteva dintre principiile identificate de W.D. Ross (1930/1998) și elaborate ulterior de Beauchamp și Childress (2009) au fost

integrate în multe coduri etice contemporane (de exemplu, cel al Asociației Psihologice Americane, 2010) și au fost denumite valori profesionale ale psihologiei (Handelsman, Gottlieb și Knapp, 2005). Dar, pe cât a fost de important acest pas, pe atât a fost de insuficient, deoarece procesul de luare a deciziilor etice bazat pe principii se susține pe o abordare intelectuală, analitică și cvasilegalistă a rezolvării de probleme. Această abordare este valoroasă în multe situații în care psihologii trebuie să ia decizii etice. De exemplu, ei pot fi în situația de a decide referitor la politica de etică a cabinetului în care lucrează cu privire la confidențialitatea în cazurile de lucru cu adolescenți (Crowley și Gottlieb, 2012). Stabilirea acestei politici în avans și în absența unor dileme etice concrete le permite psihologilor să analizeze diferite opțiuni, să se gândească la ele cu rigurozitate și să decidă care dintre ele va putea funcționa cel mai bine într-un anumit domeniu restrâns de activitate. Și totuși, lucrurile nu sunt întotdeauna atât de simple.

Psihologii, dar și alte persoane cu putere de decizie pot să nu fie întotdeauna niște gânditori analitici, constatare dovedită de o direcție de cercetare deschisă cu mai bine de patruzeci de ani în urmă (Kahneman și Tversky, 1972) cu privire la factorii nonraționali care afectează procesul de luare a deciziilor. Aceste lucrări constituie ceea ce se cheamă *economia comportamentală* sau *teoria deciziei*. Presupunem că, atunci când sunt stresați, psihologii folosesc metodele formale de decizie într-un mod mai puțin eficient, în parte și din cauză că aceste metode necesită prea mult timp și efort. Chiar în aceste situații se poate întâmpla ca luarea cu fermitate a unei decizii etice să devină extrem de importantă.

Teoria deciziei sugerează că valoarea oricărui proces decizional poate fi limitată prin maniera în care cei care iau deciziile,

 inclusiv psihologii, procesează informațiile. La nivelul său cel mai bazal, luarea deciziilor implică factori nonraționali de care adeseori nu suntem conștienți:

> Cercetarea comportamentală a arătat că judecata nu este în mod necesar corectă și că oamenii, în mod frecvent, nu se comportă rațional. Deciziile nu sunt bazate pe starea obiectivă a lumii, ci mai degrabă pe experiențele noastre subiective despre lume. La fel și capacitatea umană de raționalizare este finită, iar limitele ei conduc la tendințe importante și confuzii problematice. (Rogerson, Gottlieb, Handelsman, Knapp și Younggren, 2011, p. 617)

Simon (1983) a exprimat această idee prin consacrarea termenului de *raționalitate limitată,* „un model comportamental în care capacitatea umană de raționare este foarte limitată, foarte mult constrânsă de situație și de capacitatea computațională limitată a omului" (p. 34). Chug, Bazerman și Banaji (2005) s-au referit la fenomene similare folosind expresia de *etică limitată,* care se referă la

> limitele impuse asupra calității procesului decizional de aspectele etice [care]... plasează o constrângere importantă asupra calității procesului decizional... în moduri sistematice, favorizând inconștient o anumită imagine de sine în judecățile noastre. (p. 75; a se vedea, de asemenea, Kern și Chugh, 2009)

Mai târziu, Bazerman și Tenbrunsel (2001) au scris că etica limitată

> se referă la procesul psihologic care îi determină chiar și pe oamenii buni să se angajeze în comportamente îndoielnice din

punct de vedere etic și care contrazic propriile lor alegeri etice favorite. Etica limitată intră în joc atunci când indivizii iau decizii care le produc daune altora și când acele daune sunt incongruente cu credințele și preferințele conștiente ale acestor decidenți. (p. 5)

Pe un ton asemănător, Bazerman și Tenbrunsel (2011) au folosit termenul de *relaxare etică* pentru a se referi la procesul prin care dimensiunile etice pot pierde din atenția acordată în mod obișnuit. Când are loc acest fenomen, oamenii pot percepe eronat posibilele implicații:

Atunci când ne confruntăm cu dileme etice, adeseori acțiunile noastre preced raționamentul. Cu alte cuvinte, mai degrabă luăm decizii rapide bazate pe stări afective trecătoare decât pe raționament și calcul bine cumpănit. Reacțiile noastre viscerale sunt atât de dominante la momentul deciziei, încât ele umbresc toate celelalte considerații. (p. 71)

Sistemul 1 și sistemul 2 de gândire

Conform *teoriei procesului de gândire dual* a lui Kahneman (2012), oamenii au două sisteme de gândire: *Sistemul 1*, gândirea rapidă, și *Sistemul 2*, gândirea lentă. Sistemul 1 este rapid și automat și funcționează într-o zonă de euristici și distorsiuni (HB-uri)[3], *Euristicile* sunt scurtături cognitive folositoare în multe situații de rutină zilnică, dar care pot conduce la alegeri mai-puțin-optime atunci când problemele sunt complexe sau neobișnuite; mai târziu vom da și exemple. Gândirea în Sistemul 1

[3] *HB — heuristics and biases*, în engl. în orig. (*N. t.*)

„necesită efort redus sau nul și fără senzația de control voluntar" și folosește cunoștințele care ne sunt cel mai rapid disponibile (Kahneman, 2012, p. 39).

> Concluziile pripite sunt eficiente dacă e probabil să fie corecte, iar costurile unei erori ocazionale sunt acceptabile, mai ales dacă saltul de la premise la concluzie scutește mult timp și efort... În condiții de incertitudine, Sistemul 1 pariază pe un răspuns, iar pariurile sale sunt călăuzite de experiență (Kahneman, 2012, pp. 129-130).

Oamenii nu au nevoie să piardă timp gândindu-se dacă trebuie să se ferească sau nu atunci când un obiect contondent zboară către ei sau să apuce cu mâna un copil mic care aleargă către șosea. Cu alte cuvinte, gândirea în Sistemul 1 este esențială pentru că, uneori, ea ne poate salva viața.

Sistemul 2 „acordă atenția necesară activităților mintale solicitante, printre care se numără calculele complicate. Operațiile Sistemului 2 se asociază frecvent cu experiența subiectivă de activism[4], alegere și concentrare" (Kahneman, 2012, p. 39). Mai exact, Sistemul 2 de gândire este lent, complex și necesită efort. Oamenii folosesc Sistemul 2 pentru a gândi probleme complexe, cum ar fi dacă din punct de vedere financiar este mai bine să închirieze o mașină sau să cumpere una nouă sau dacă este momentul potrivit pentru a cumpăra o casă. Specialiștii au nevoie de gândirea în Sistemul 2 și pentru a găsi cele mai bune răspunsuri la probleme etice complexe.

[4] *Agency* în engl. în original, în sensul de subiect care decide, inițiază și face o acțiune. (*N. t.*)

Specialiștilor le place să creadă că, atunci când se confruntă cu luarea unei decizii etice complexe, ei vor „gândi lent" pentru a lua cea mai bună decizie posibilă, dar aceasta nu este în mod obligatoriu realitatea, „pentru că oamenii nu sunt obișnuiți cu gândirea care presupune efort, [iar] disponibilitatea — adică ușurința cu care ceva ne vine în minte — interferează cu raționamentul într-o varietate de forme" (Rogerson și alții, 2011, p. 616). De exemplu, când apare o problemă complexă și stresantă, nu doar că Sistemul 1 poate interfera cu Sistemul 2 de gândire, ci poate avea chiar o prioritate imediată. Acest lucru are sens, întrucât deciziile luate în Sistemul 1 de gândire conduc frecvent la ieșirea rapidă din situațiile stresante; totuși, oamenii pot plăti mai târziu un preț pentru că nu și-au acordat timpul necesar pentru a explora mai în detaliu dilema respectivă. Și pentru ca lucrurile să fie și mai complicate, oamenii nu pot nici măcar să-și de-a seama de greșeala din gândirea lor până foarte târziu, acesta fiind fenomenul, frecvent întâlnit, când ne întrebăm: La ce mi-o fi fost mintea?

Oamenii au tendința de a folosi mai puțin gândirea în Sistemul 2 atunci când sunt stresați (Kahneman 2012; Klein, 2009), chiar dacă cel mai adesea tocmai acela este momentul în care ar trebui să se bazeze mai mult pe acest sistem de gândire. Acest fenomen a mai fost descris și de către Mullainathan și Shafir (2013), care au observat că oamenii sunt mai înclinați să-și diminueze autocontrolul atunci când *încărcătura cognitivă*, sau „lățimea de bandă", este suprasolicitată. În consecință, sunt mai înclinați să se concentreze prea mult asupra problemei imediate și cad pradă impulsurilor lor.

Dar este luarea deciziilor etice diferită? Până la urmă, nu sunt psihologii antrenați să ia decizii etice folosind Sistemul 2? Nu ar

 trebui să fie ei mai buni în realizarea acestor sarcini? Cu siguranță, antrenamentul și experiența contează, dar atât Sistemul 1, cât și Sistemul 2 de gândire rămân active indiferent dacă psihologii cumpără impulsiv mașini noi sau decid fără să se gândească să încalce confidențialitatea informând o victimă potențială că pacientul lor intenționează să-i facă rău. Unele modele decizionale tradiționale ignoră gândirea în Sistemul 1 și consideră că acțiunile realizate sub imperiul factorilor nonraționali sunt doar aberații sau „zgomot", dar Sistemul 1 nu poate fi ignorat; este imposibil. Intenția noastră este aceea de a recunoaște rolul gândirii în Sistemul 1 și de a crește utilizarea Sistemului 2 în cazul luării unor decizii etice, în special în acele momente în care este extrem de tentantă cedarea în fața gândirii în Sitemul 1, ca de exemplu atunci când psihologii se află sub stres puternic.

Euristici și distorsiuni

Informațiile privind aceste aspecte s-au strecurat cu greu în literatura de specialitate de interes pentru practica profesională, în parte și pentru că multe dintre aceste cercetări au fost publicate în reviste și în cărți destinate în principal vânzării, marketingului și specialiștilor din domeniul finanțelor (de exemplu, Nofsinger, 2002). Doar recent aceste descoperiri au fost aplicate la procesul luării deciziilor etice în practica de specialitate (de exemplu, Crowley și Gottlieb, 2012; Gottlieb, Handelsman și Knapp, 2013; Rogerson și alții, 2011). În acest subcapitol discutăm despre euristicile și erorile care apar în mod frecvent în gândirea de tipul Sistemului 1.

Tversky și Khaneman (1974) au descris modul în care euristicile sunt de ajutor, dar pot conduce și la distorsiuni larg răspândite,

capabile să afecteze luarea deciziilor chiar și în cele mai simple și clare situații, cu atât mai mult în cazul dilemelor etice complexe (Gilovich, Griffin și Kahneman, 2002). Asemenea distorsiuni cognitive pot apărea într-o varietate de circumstanțe, fiind generate de context, percepție, relații, emoții, cunoașterea implicită, conflictul de interese și intuiția. În continuare prezentăm acele euristici și distorsiuni care afectează în modul cel mai direct dilemele cu care se confruntă specialiștii în psihologie.

Euristicile disponibilității și reprezentativității

Oamenii folosesc *euristica disponibilității* atunci când estimează frecvența apariției unui eveniment pe baza ușurinței cu care le vine în minte un exemplu similar, dar evenimentele ale căror amintiri sunt mai rapid disponibile nu sunt în mod necesar și cele mai frecvente (Kahneman, 2003). De exemplu, alegerea de a merge în vizită la un prieten dintr-un alt oraș cu mașina în locul avionului, din cauza știrilor despre un accident aviatic recent, ignoră faptul că probabilitatea de a muri într-un accident de mașină rămâne semnificativ mai ridicată. În mod similar, un clinician își poate aminti cu ușurință câteva momente în care o anumită intervenție a dus la ameliorări remarcabile ale simptomelor unui pacient, dar poate să nu-și amintească faptul că, în multe alte situații, tehnica respectivă a fost ineficientă și chiar contraproductivă.

Euristica reprezentativității apare atunci când cineva stabilește o corespondență între un eșantion și o populație sau, mai general, între un anumit rezultat și așteptările sale cu privire la acel rezultat (Tversky și Kahneman, 1983). Oamenii estimează probabilitatea ca un eveniment să aibă loc în funcție de măsura în

care acesta este sau nu este asemănător cu prototipul conceptual existent în mintea lor. Este firesc să descriem un eșantion ca fiind reprezentativ pentru populația din care face parte, dar estimările care sunt realizate pe baza lui ignoră adesea sau chiar contrazic alte date statistice importante, cum ar fi proporțiile de bază (Kahneman, 2003). De exemplu, dacă un psiholog are ca model preconceput al unei persoane cu tulburare de personalitate histrionică o femeie, este posibil ca acel psiholog să nu ia în considerare acest diagnostic pentru un pacient nou bărbat, cu toate că, statistic, bărbații și femeile sunt în mod egal predispuși să dezvolte această tulburare.

Distorsiunea confirmării

Colectarea informațiilor și verificarea ipotezelor sunt influențate de impresiile inițiale printr-un fenomen numit *distorsiunea confirmării* (Baron, 2000), prin care conceptele preexistente influențează raționamentele subsecvente și pot afecta culegerea informațiilor, analiza și accesarea lor în momentul confruntării cu o dilemă etică. În cuvinte mai simple, vedem ceea ce credem. De exemplu, încrederea că un coleg este un practician etic poate influența pe cineva ca în mod nejustificat să treacă cu vederea comportamentul inadecvat al respectivului coleg. Sau, acceptarea necritică a diagnosticului stabilit de un alt coleg care clasifică un pacient ca fiind un caz „borderline" poate influența un psiholog să interpreteze în mod selectiv comportamentul pacientului ca simptom al unei tulburări de personalitate borderline, chiar dacă o altă categorie de diagnostic s-ar potrivi mai bine simptomelor pacientului. Efecte similare pot apărea pe baza stereotipiilor,

care pot influența pozitiv sau negativ comportamentul oamenilor (a se vedea Shapiro și Neuberg, 2007).

O combinație a acestor tendințe o reprezintă descoperirea faptului că oamenii se dovedesc a fi posesorii unei pete oarbe de distorsiune, prin care percep distorsiunile la alții, dar le neagă la ei înșiși (Pronin, Gilovitch și Ross, 2004). Această pată oarbă este generată în mare parte de supraevaluarea acțiunilor și motivațiilor proprii, cuplată cu un discernământ inadecvat datorat naturii inconștiente a distorsiunii și limitării introspecției.

Teoria estimării șanselor și evitarea pierderii

Judecățile etice ale practicienilor pot fi influențate de tendința lor de a percepe rezultatele posibile ale dilemelor etice în termeni de câștig și pierdere. Studiile realizate de Kahneman și Tversky (1979) asupra percepției oamenilor cu privire la rezultate au culminat cu dezvoltarea *teoriei estimării șanselor*, care arată că posibilitatea unei pierderi are mai multe șanse de a fi luată în calcul în luarea unei decizii decât posibilitatea unui câștig. Kahneman (2012) a spus mai târziu că aceasta s-a dovedit a fi cea mai semnificativă teorie pe care el și Tversky au elaborat-o vreodată (p. 271). Acest fenomen poate genera în mintea oamenilor *aversiunea față de pierdere*: amenințarea unei pierderi duce la decizii grăbite și adeseori mai riscante în efortul de a evita ceea ce este perceput ca o situație potențial mai amenințătoare (Kahneman și Tversky, 1979). Pentru a complica și mai mult lucrurile, stresul îi poate face pe oameni să se concentreze în mod excesiv asupra posibilelor pierderi (Pronin, Puccio și Ross, 2002) și îi pot determina să se bazeze în mod exclusiv asupra evitării suferințelor viitoare. Să analizăm următorul exemplu:

Un supervizor impulsiv

Când un supervizor a întrebat cum progresează terapia pacientei studentului său, studentul a spus că o încheiase. Din cauză că studentul și pacienta se întâlniseră doar de câteva ori, supervizorul a întrebat de ce. Studentul a spus că pacienta își exprimase interesul sexual față de el și că el încheiase relația profesională, în mod unilateral, pentru a evita orice posibilitate ca o continuare a contactelor sale cu pacienta să poată conduce la o relație inadecvată din punctul său de vedere.

Aici, studentul licențiat a fost atât de preocupat de evitarea eventualelor pierderi sau daune, încât a eșuat în a lua în considerare modalitățile în care ar fi putut să o ajute pe pacientă, precum și modul în care acțiunea lui de încetare a terapiei i-ar fi putut dăuna acesteia.

Într-un alt exemplu, un pacient nemulțumit a încheiat prematur terapia, plângându-se că psihoterapeuta nu l-a ajutat. Pacientul a amenințat-o pe aceasta că îi va face o reclamație la comisia de disciplină dacă nu îi returnează banii. Terapeuta i-a scris de îndată un cec returnându-i banii.

Ce au aceste două exemple în comun? Procesele de gândire care au loc în Sistemul 1 le inhibă pe cele din Sistemul 2. Atât studentul, cât și psihoterapeuta s-au concentrat prea repede și excesiv asupra predicției unei posibile pierderi și au acționat cu prea mare grabă în sensul reducerii disconfortului propriu. În primul exemplu, pacientei îi poate dăuna încetarea prematură a terapiei. În cel de-al doilea, relația ar fi putut fi păstrată, iar pacientul ar fi putut avea de câștigat dacă psihoterapeuta ar fi încercat să identifice și să lucreze cu pacientul problema respectivă. Pentru a complica și mai mult lucrurile, acțiunea psihologei

din cel de-al doilea exemplu reprezintă un obicei de slabă gestionare a riscului, întrucât emitentul poliței de asigurare profesională ar putea considera că returnarea grăbită a banilor reprezintă încheierea unui acord cu privire la plângerea unui pacient fără autorizarea societății de asigurări.

Efecte ale formulării și puncte de referință

Prezentarea acelorași informații în moduri diferite poate genera răspunsuri emoționale diferite. De exemplu, pot apărea modificări importante ca urmare a unor modificări aparent neimportante ale modului de utilizare a cuvintelor, iar prezentarea unor informații ambigue poate afecta evaluarea potențialului de risc pe care o face practicianul. Aceste euristici ilustrează modul în care oamenii folosesc indiciile, cum ar fi prezentarea inițială a informațiilor, ca bază pentru procesele decizionale ulterioare (Kahneman și Tversky, 1984). De exemplu,

> practicienii ar putea fi mai înclinați să decidă ascunderea față de pacienții lor a anumitor informații importante dacă li se spune că, odată ce primesc acele informații, 1% din pacienți îi vor da în judecată, decât dacă li s-ar spune că dezvăluirea informațiilor respective nu îi va afecta în 99% din cazuri. (Rogerson și alții, 2011, p. 9)



Euristica afectivă

Slovic, Finucane, Peters și MacGregor (2002) au definit *euristica afectivă* după cum urmează:

> Afect înseamnă calitatea specifică a „bunătății" sau „răutății" (1) resimțite ca o stare afectivă (conștientă sau nu) și (2) demarcând calitatatea pozitivă sau negativă a unui stimul. Răspunsurile afective apar rapid și automat... Sprijinirea pe asemenea sentimente poate fi caracterizată ca euristică afectivă. (p. 397)

Oamenii răspund la stimuli atât cognitiv, cât și afectiv și își pot forma opinii sau pot acționa prea repede doar pe baza emoțiilor lor.

> Euristica afectivă este un exemplu de substituție, în care răspunsul la o întrebare ușoară (Ce simt față de asta?) servește drept răspuns la o întrebare mult mai grea (Ce cred despre asta? Sau, ce ar trebui să fac în legătură cu asta?). (Kahneman, 2012, p. 219)

De exemplu, atunci când psihologului îi place un pacient, ar putea fi mai predispus să accepte versiunea pacientului cu privire la evenimente, să tolereze comportamente de neacceptat în terapie sau să nu reușească să observe, să discute sau chiar să pună în discuție comportamentul pacientului. Mai exact, emoția pozitivă generată de către pacient psihologului modifică, adeseori scăpând controlului conștient, interpretările pe care psihologul le face cu privire la comportamentul pacientului și maniera în care conduce terapia.

Pe de altă parte, dacă psihologii se simt intimidați de pacient sau de vreun avocat, ei pot fi de acord cu ușurință cu acțiuni despre care știu că nu sunt înțelepte, bazându-se doar pe reacția lor afectivă față de dorința de a evita stresul unei

confruntări sau pe nevoia lor de a stabili limite. Dacă psihologii ar fi capabili să își conțină sau să treacă peste sentimentele proprii și să se gândească la situația respectivă cu mai mult calm, ei ar putea găsi și alte soluții satisfăcătoare, care nu i-ar pune în pericol. (Pentru mai multe pe această temă a se vedea Gottlieb și alții, 2013.)

Abordarea naturalistă a procesului: un alt punct de vedere

În ultimii ani li s-a acordat foarte multă atenție lui Kahneman și colegilor săi, dar și alți cercetători au avut contribuții importante la cercetările asupra procesului de luare a deciziilor. De exemplu, Klein a susținut conceptul de *proces decizional naturalist*, care descrie deciziile de succes bazate pe intuiția expertă în situații complexe (Kahneman și Klein, 2009). El a criticat punerea unui prea mare accent pe euristici și distorsiuni și a susținut că oamenii iau decizii bune dacă primesc informații corecte, dacă informația le parvine într-o manieră mai ușor de înțeles și dacă sunt antrenați la un nivel înalt de expertiză.

Poziția lui Klein este de foarte mare valoare; totuși, el recunoaște că și euristicile și distorsiunile au un rol în luarea deciziilor. Cu siguranță, psihologii sunt experți și iau decizii clinice complexe în fiecare zi, inclusiv decizii etice complicate. Dar sunt deciziile lor etice cele mai bune decizii posibile, în special atunci când se află în condiții de stres? Cu certitudine, efectul euristicilor și al distorsiunilor este mai mare în dilemele cu mize ridicate, în care marginea de eroare permisă este foarte îngustă. Cu toate că nu avem cunoștință de vreo cercetare care să se fi ocupat în mod specific de acest aspect, este posibil ca influența

 euristicilor și a distorsiunilor să crească atunci când psihologii se află sub stres. În asemenea momente, greșelile cauzate de fenomene precum teoria estimării șanselor, aversiunea față de pierdere și conflictul de interese pot avea consecințe grave. Când sunt stresați, psihologi care sunt altminteri foarte capabili pot să facă greșeli ca urmare a faptului că nu-și dau suficient timp de gândire și a probabilității mai mici de a-și putea identifica propriile erori de gândire.

Rezumat: cine ar fi crezut?

În acest capitol am prezentat un material pe care unii l-ar ptuea considera deconcertant. Sugerăm că o diversitate de predispoziții inerente și naturale influențează procesul de luare a deciziilor etice în moduri insidioase și adeseori dăunătoare, care de multe ori scapă capacității noastre de conștientizare. Acești factori sunt ubicui și nu sunt restricționați la anumite situații, nici nu se regăsesc doar la practicienii „neetici"; acești factori sunt fenomene inerente, ce țin de funcționarea minții umane. Cu toate că pot interfera cu procesele decizionale etice de rutină, ei pot interfera cu mai mare probabilitate în desfășurarea acestor procese atunci când stresul este mare, când interesul egoist este mai puternic decât în mod obișnuit, când psihologul are de-a face cu pacienți neobișnuiți sau provocatori sau când se confruntă cu obligații și principii aflate în conflict. În oricare dintre aceste situații, factorii nonraționali pot deveni problematici. Înțelegerea faptului că toți profesioniștii sunt oameni și au emoții, interese personale și predispoziția de a gândi rapid folosind distorsiuni și euristici poate crește nivelul conștientizării de sine și le poate

permite psihologilor să țină seama de acești factori în toate deliberările profesionale pe care le fac.

Atunci când psihologii se confruntă cu situații în care se simt amenințați în orice mod, ei pot experimenta o mare tensiune psihică din cauza încărcăturii cognitive crescute. Ei pot fi mai puțin capabili să gândească clar și pot deveni predispuși la alegerea soluțiilor celor mai rapide, care să le reducă repede nivelul crescut de stres. Practicienii pot greși involuntar și, în acest proces, pot crea probleme și mai mari pentru ei înșiși și pentru pacienții lor. Vestea bună este că aceste procese nu sunt inconștiente în sensul psihodinamic; mai exact, psihologii le pot conștientiza fără prea mare efort. Cu cât știu mai multe lucruri despre factorii prezentați în acest capitol, cu atât vor fi decidenți mai buni. Luarea în considerare a acestor factori îi va ajuta pe practicieni să aibă răbdare și să caute ajutor pentru a evita capcanele cele mai frecvente. În următoarele capitole, discutăm despre modul în care poate fi îmbunătățit procesul de luare a deciziilor etice prin procedee alternative care pot preveni, atenua sau contracara aceste procese nonraționale.

CAPITOLUL 2

Modelul procesului etic de luare a deciziilor

Din punctul de vedere al eticii bazate pe principii, termenul *dilemă etică* se aplică acelor situații în care două sau mai multe principii etice generale par a fi în conflict unul cu altul, astfel încât psihologul nu poate respecta unul dintre principii fără a-l încălca pe celălalt (Beauchamp și Childress, 2009). Asemenea dileme pot apărea în situații în care standardele aplicabile conform Codului de Etică al Asociației Psihologice Americane (APA, 2010) se află în conflict unele cu altele sau lasă la latitudinea judecății profesionale a psihologului luarea unor decizii privitoare la conflicte între prevederile Codului Etic și cele care apar în alte legi sau norme instituționale aplicabile. Alteori, psihologii se confruntă cu situații în care nici Codul de Etică al APA, nici alte legi în vigoare nu le oferă recomandări de acțiune adecvate situației concrete cu care se confruntă. Discutăm în detaliu fiecare dintre aceste arii mai târziu, în cuprinsul acestei lucrări.[5]

[5] Părți din acest capitol sunt adaptate după *Practical Ethics for Psychologists: A Positive Approach, Second Edition* (p. 35-48), de S.J. Knapp și L.D. VandeCreek, 2012,

În acest capitol folosim modelul în cinci pași (identificarea principiilor aplicabile, generarea alternativelor, selectarea intervenției optime, acțiunea și revizuirea; Knapp și VandeCreek, 2012) pentru a analiza procesul decizional din perspectiva eticii bazate pe principii. Vom descrie modelul eticii bazate pe principii, vom identifica principiile importante pentru analiza și rezolvarea problemelor, vom da exemple ale modului în care poate fi aplicat acest model și vom acorda o atenție specială modalităților creative de rezolvare a unor conflicte etice care pot apărea în situații concrete. Considerăm procesul decizional etic ca fiind mai mult decât un simplu experiment de gândire — este un proces influențat și de emoții și de alți factori nonraționali. Susținem că un grad de conștientizare cât mai mare al acestor factori poate îmbunătăți calitatea procesului de luare a deciziilor.

Aproape toate modelele de luare a deciziilor sunt exemple de gândire de Sistem 2, gândire lentă, deliberată și care implică un efort mental (a se vedea Capitolul 1). Aici, prezentăm modelul în cinci pași al lui Knapp și VandeCreek (2012; a se vedea, de asemenea, Weinstein, 2000), care împrumută elemente de la alte modele, respectiv de la sistemul IDEAL[6] (identifică, dezvoltă, explorează, acționează și verifică; Bransford și Stein, 1993) și sistemul SHAPE[7] (examinează, dezvoltă ipoteze, analizează soluția propusă, implementează și evaluează; Härtel și Härtel, 1997). Denumirile pe care le-am dat noi celor cinci pași includ

Washington, DC: American Psychological Association. Copyright 2012, American Psychological Association.

[6] *IDEAL — identify, develop, explore, act, look back,* în engleză în original. (*N. t.*)

[7] *SHAPE — scrutinize, develop hypothesis, analyze proposed solution, perform, and evaluate,* în engleză în original. (*N. t.*)

atât mnemonicele propuse de Bransford și Stein (1993), cât și pe cele ale lui Härtel și Härtel (1997).

Sistemele IDEAL și SHAPE sunt modele generale de luare a deciziilor și nu sunt specifice exclusiv domeniului eticii. Mulți dintre factorii care apar în luarea deciziilor în general sunt aplicabili și procesului de luare a deciziilor etice (Elm și Radin, 2012). Vom trece în revistă bazele eticii bazate pe principii, iar apoi vom descrie fiecare dintre cei cinci pași pentru a arăta în ce mod sunt aceștia aplicabili în etica bazată pe principii. Dorim să subliniem chiar de la început însă că modelul nostru este unul dinamic; în funcție de circumstanțele unei probleme, decidentul poate fi nevoit să sară peste unii dintre acești pași, să repete alți pași, să îi parcurgă în sens invers sau să modifice în alte moduri secvența procesului de luare a deciziilor.

Etica bazată pe principii

Așa cum arătam în Capitolul 1, filosoful englez William David Ross (1930/1998) a dezvoltat etica bazată pe principii, iar filosofii americani Thomas Beauchamp și James Childress (2009) au extins-o și au aplicat-o la domeniul îngrijirii sănătății. Influența eticii bazate pe principii se observă clar în „Principiile etice ale psihologilor și codul de conduită", elaborate de APA (2010), în care Principiile Generale (aspiraționale) sunt, în mare, modelate după teoriile lui W.D. Ross.

W.D. Ross (1930/1998) a dezvoltat etica bazată pe principii după ce a reflectat asupra a două curente filosofice dominante ale vremii sale: curentul deontologic și utilitarismul. *Etica deontologică* se axează pe importanța respectării regulior care stabilesc obligații și interdicții. W.D. Ross a apreciat importanța pe care

etica deontologică o acordă respectării valorilor fundamentale, dar nu a agreat faptul că aceasta nu permite excepții în unele circumstanțe unice specifice și că nu oferă un model de luare a deciziilor etice care să poată fi aplicat atunci când două sau mai multe obligații par să se contrazică una pe cealaltă.

Dimpotrivă, *utilitarismul* se concentrează pe importanța observării efectului comportamentului asupra tuturor persoanelor afectate. W. D. Ross (1930/1998) a apreciat utilitarismul datorită faptului că oferă un model pentru procesul decizional etic și pentru că pune accent pe starea de bine a tuturor oamenilor afectați de comportamentul celui care decide. Ceea ce nu i-a plăcut însă este faptul că utilitarismul considera că efectul comportamentului îi afectează în mod egal pe toți cei implicați — mai concret, în procesul de realizare a judecăților morale, starea de bine a unui străin avea aceeași pondere ca starea de bine a membrilor familiilor, prietenilor sau a altor persoane față de care agentul moral are obligații specifice. În consecință, W.D. Ross a încercat să dezvolte o filosofie care să maximizeze punctele tari și să diminueze efectele limitelor eticii deontologice și, respectiv, ale celei utilitariste. Astfel, etica bazată pe principii pe care a dezvoltat-o el a păstrat accentul pus pe obligațiile morale, așa cum se regăsește acesta în etica deontologică, și a inclus un model al procesului de luare a deciziilor, așa cum propunea utilitarismul.

W.D. Ross (1930/1998) a identificat șase *obligații prima facie*, pe care toți oamenii în general trebuie să le îndeplinească și care reprezintă datorii sau obligații rezonabile la a căror îndeplinire ne putem aștepta din partea oricărui individ. El a identificat următoarele obligații, fără a le ordona într-o ordine anume sau a stabili vreun grad de prioritate între ele și fără pretenția de

„a fi complete sau definitive" (p. 269): fidelitate, recunoștință, dreptate, promovarea stării de bine, autoperfecționare și evitarea provocării oricăror daune. Mai târziu, Beauchamp și Childress (2009) au identificat acele principii care se aplică în mod mai direct profesioniștilor din domeniul sănătății, care includ *promovarea stării de bine* (respectiv a acționa pentru promovarea bunei stări a unei alte persoane), *evitarea oricăror daune* (a evita orice daună ce ar putea fi provocată unei alte persoane), *respectarea autonomiei pacientului* (a respecta deciziile luate de pacient și a promova acele circumstanțe care îl ajută pe pacient să ia decizii în cunoștință de cauză), *dreptate* (fie sub forma *justiției procedurale* —tratarea corectă a oamenilor —, fie *a justiției distributive* — în sensul că orice membru al societății are acces la acele bunuri ale societății care sunt necesare vieții) și *relația medic-pacient* (obligația de îndeplinire a promisiunilor). Knapp și VandeCreek (2012) au adăugat *bunăstarea generală* sau *publică* (gestionarea îndeplinirii obligațiilor față de societate în ansamblul ei). Definițiile pe scurt și exemple ale acestor principii sunt prezentate în Tabelul 2.1.

Există ușoare diferențe între modurile în care diferiți autori formulează sau discută aceste principii etice generale. De exemplu, Principiile Generale ale Codului Etic APA combină principiul promovării stării de bine cu cel al evitării oricăror daune. Noi însă suntem de acord cu Beauchamp și Childress (2009) că evitarea daunelor trebuie să fie un principiu separat de cel al promovării stării de bine, pentru că există o înclinație umană naturală către a da mai mare greutate evenimentelor negative decât celor pozitive, chiar și atunci când au valențe egale.

Tabelul 2.1. Definiții și exemple ale principiilor etice

Respectarea autonomiei pacientului: Respectarea capacității de decizie a persoanelor autonome

Exemple:

- Respectarea dorințelor pacientului cu privire la obiectivele terapiei
- Reținerea de la a impune pacientului agenda personală a terapeutului.

Evitarea daunelor: Evitarea producerii de vătămări de orice natură

Exemplu: A nu folosi o tehnică terapeutică ale cărei rezultate anterioare au arătat că poate produce efecte secundare nedorite.

Promovarea stării de bine: Acțiuni în sensul furnizării unor beneficii și păstrării echilibrului între beneficii, riscuri și costuri

Exemplu: Selectarea celui mai bun tratament pentru pacient

Fidelitatea (sau relația doctor-pacient): Loialitatea față de pacient; plasarea pe primul loc a interesului pacientului, respectarea promisiunilor.

Exemplu: Evitarea acceptării unui pacient atunci când eficacitatea terapiei ar putea fi compromisă de un conflict de interese.

Dreptatea: Toți oamenii sunt tratați corect

Exemplu: Evitarea discriminării pe criterii de vârstă, gen, apartenență rasială sau etnică, origine națională, orientare sexuală, statut socioeconomic și așa mai departe.

Starea de bine generală (publică): Interesul pentru starea de bine generală a societății

Exemplu: Asigurarea că informația pe care un psiholog o prezintă într-un articol scris pentru un ziar local este corectă și de ultimă oră.

Pasul 1: Identificarea sau sesizarea problemei

Psihologii ientifică dilema sau conflictul etic mai întâi prin identificarea principiilor etice generale cele mai relevante și a modului în care acestea ar putea intra în conflict. Iată un exemplu al aplicării Pasului 1 la situația prezentată în Introducerea acestei cărți:

Un conflict între valori

Dr. Yasuto trata un pacient care avusese o tentativă serioasă de sinucidere. După o discuție amănunțită cu pacientul și o analiză a factorilor situaționali, dr. Yasuto a stabilit că pacientul prezenta un risc înalt de a muri prin suicid, dar pacientul refuza spitalizarea. Dr. Yasuto trebuia să decidă dacă să inițieze sau nu procedurile de spitalizare psihiatrică involuntară.

Principiile etice generale cele mai relevante pentru acest exemplu sunt promovarea stării de bine (starea bună a pacientului), evitarea oricăror daune (evitarea producerii vreunei vătămări pacientului) și respectarea autonomiei pacientului (urmărirea în general a dorințelor pacientului în stabilirea obiectivelor și acordul acestuia cu privire la procedurile aplicate în cadrul tratamentului).

Pasul 2: Dezvoltarea soluțiilor alternative sau a ipotezelor (ascultare și consultare)

Adeseori, psihologii ajung la cele mai bune decizii după ce analizează mai multe aternative posibile. Psihologii pot

îmbunătăți numărul și calitatea opțiunilor dacă își ascultă cu atenție pacienții și dacă discută cu aceștia, precum și cu celelalte persoane care ar putea fi influențate de decizia care urmează a fi luată. Mai exact, ei trebuie să discute toate aspectele cu celelalte persoane implicate — inclusiv prin discuții cu pacienții și cu alte persoane afectate de deciziile lor, în consultații formale — și să ia în considerare și influențele cognitive și emoționale asupra procesului de luare a unei decizii.

Un număr mare de dovezi vin în sprijinul importanței ascultării și a discuțiilor din rețelele sociale pentru găsirea de soluții alternative adecvate. În prezentarea pe care o face istoriei tehnologiei și științei, S. Johnson (2010) demontează credința populară conform căreia un geniu singuratic ar putea produce mari inovații prin idei surprinzătoare care să devanseze nivelul de cunoaștere al umanității cu ani sau chiar zeci de ani de zile. Dimpotrivă, el susținea că cei mai mulți dintre inovatori au o rețea de colaboratori apropiați (sau o rețea prin care ideile circulă liber) și că descoperirile științifice sunt aproape întotdeauna doar îmbunătățiri incrementale ale unor idei deja existente. Au loc doar niște salturi ceva mai mari. În mod similar, psihologii pot folosi și ei rețelele și conexiunile pentru a îmbunătăți calitatea ideilor lor. Ideile la care se ajunge prin schimb liber cu pacienții, membrii cercurilor sociale ale pacienților și din consultarea cu specialiști pot conduce la o mai bună înțelegere a situației sau la intervenții pe care psihologii nu le-ar fi putut genera singuri. Așa cum observau W.B. Johnson, Barnett, Elman, Forrest și Kaslow (2013), psihologii își îmbunătățesc nivelul de competență atunci când au o rețea formată din relații profesionale cu colegi care sunt interesați de progresul lor profesional.

Uneori, informațiile utile pot fi obținute în cadrul unor consultații formale cu alți specialiști, care pot ajuta la abordarea aspectelor cognitive și emoționale ale luării deciziilor. Din perspectivă cognitivă, consultanții pot identifica surse de informare, întrebări scăpate din vedere, tipuri de intervenții posibile sau alte resurse utile. Din perspectivă emoțională, aceste consultații îi pot ajuta pe psihologi să reducă propriile influențe emoționale puternice, le pot permite să proceseze mai clar informațiile și le pot furniza un cadru de gândire. De exemplu, consultanții îi pot provoca pe psihologi să își exploreze propriile percepții, intuiții, presupuneri, propria logică și petele oarbe; modelul aculturației etice (a se vedea Capitolul 4) poate fi deosebit de util în această privință. Procesul însuși al descrierii dilemei față de o altă persoană îi poate ajuta pe psihologi să își clarifice și să analizeze rațional dilema pentru ei înșiși.

În scopul verificării unor presupuneri și al identificării unor opțiuni poate fi utilă discutarea alternativelor cu pacienții înșiși sau cu alte persoane implicate. În cazul dr. Yasuto, ea trebuie să analizeze motivațiile posibile pentru care pacientul său se opune planului de tratament (în acest caz, spitalizarea psihiatrică), cum ar putea fi lipsa unei alte persoane în grija căreia să rămână copilul pacientului pe perioada spitalizării sale sau poate teama de pierdere a slujbei. Dr. Yasuto ar putea descoperi astfel că pacientul ei doar raționalizează pentru a-și masca adevăratele intenții sau că poate avea chiar probleme reale, fiindu-i dificil să găsească un îngrijitor pentru copil și că încearcă să împace nevoia sa de tratament cu alte probleme practice. Mai mult, din cauza depresiei grave a pacientului, acesta ar putea gândi într-o

manieră rigidă, fiind astfel incapabil să ia în considerare alternative de altfel evidente pentru a-și rezolva respectivele probleme. Să analizăm următoarele exemple.

Exemple de implicare a pacienților

Un psiholog a decis spitalizarea involuntară a unei paciente care însă a renunțat brusc la refuzul de a merge la spital în momentul în care el i-a spus că urma să îi respecte dorința de a nu fi trimisă la un anumit spital. A reieșit din discuție că tatăl ei murise în acel spital și că ea avea încă o mare anxietate legată de locul acela. Un alt psiholog avea o pacientă care a renunțat brusc la refuzul de a merge la spital în momentul în care psihologul i-a spus că avea să-i respecte dorința de a merge la spital cu mașina familiei sale și nu cu ambulanța. Pacientei îi era teamă de bârfele vecinilor dacă ar fi fost văzută o ambulanță plecând din fața casei sale.

Reflecția (distorsiuni cognitive și sentimente)

Așa cum am discutat în Capitolul 1, factorii nonraționali influențează capacitatea psihologilor de a lua decizii optime (Kahneman și Klein, 2009; Rogerson, Gottlieb, Handelsman, Knapp și Younggren, 2011). Medicul Jerome Groopman (2007) a descris efectul distorsiunilor de gândire asupra medicilor. De exemplu, el susține că eliminarea prematură a altor opțiuni îl poate face pe medic să selecteze prematur un anumit diagnostic, iar apoi, prin fenomenul de distorsiune a confirmării, „[confirmi] ceea ce te aștepți să găsești prin acceptarea sau ignorarea selectivă a informațiilor" (p. 65) — culegerea, fără a conștientiza, din tabloul clinic doar a acelor simptome care confirmă diagnosticul inițial.

Pe lângă eliminarea riscului unor posibile erori cognitive, psihologii își pot optimiza calitatea modalității de luare a deciziilor și prin analizarea aspectelor emoționale ale acestui proces. Cu toate că sentimentele ne pot ajuta la înțelegerea unor aspecte folositoare și pot avea un rol motivațional în rezolvarea de probleme, emoțiile mai intense pot afecta pocesele cognitive necesare pentru generarea sau selectarea unor soluții optime. De exemplu, un grad ridicat de anxietate îi poate face pe psihologi să selecteze chiar prima sau una dintre primele soluții care le trec prin minte doar pentru a ajunge cât mai repede la o soluție rapidă, cu scopul de a reduce astfel, chiar dacă doar temporar, distresul pe care îl resimt.

Psihologii pot da dovadă de rigiditate cognitivă, privind problema dintr-un singur unghi, cu o singură soluție (sau un singur tip de soluții) posibilă, fără a lua în considerare strategiile și argumentațiile alternative. De exemplu, atunci când au de-a face cu pacienți care amenință alte persoane, psihologii ajung uneori prea repede la concluzia că ar trebui de îndată să le avertizeze pe potențialele victime. Prima soluție, chiar dacă pe jumătate rezonabilă, care ne vine în minte ar putea totuși să nu fie și cea mai bună. Ar fi de dorit ca psihologii să evite gândirea dihotomică de genul „a avertiza" sau „a nu face nimic" și să ia în considerare și alte modalități de îndepărtare a pericolului, cum ar fi acțiunile în sensul protejării pacientului. În această privință, o dovadă de prudență este utilizarea teoriei *mediei de aur* aristoteliene (Aristotel, circa 330 î.Hr./1985) atunci când sunt analizate emoțiile în contextul luării unor decizii. Conform teoriei mediei de aur, prea mult sau prea puțin dintr-o anumită caracteristică poate fi un aspect dăunător (de exemplu, prea mult curaj devine pură nesăbuință, în timp ce prea puțin curaj este o dovadă de

lașitate). Aplicând teoria la procesul decizional etic, prea puțină emoție, la fel ca și prea multă, poate afecta calitatea procesului luării deciziilor.

Interferența emoțională îi poate împiedica, de asemenea, pe psihologi să recunoască unele procese cognitive de tipul euristicii disponibilității (Kahneman, 2011), care ar putea influența procesul de decizie. De exemplu, după un conflict armat foarte mediatizat, în mintea multor membri ai comunității, inclusiv în mintea psihologilor, va fi prezentă amenințarea reprezentată de bolnavii mental care folosesc arme de foc. În consecință, psihologii ar putea deveni mai sensibili la probleme precum folosirea armelor de foc în școli și identificarea corectă a celor care se dedau la asemenea acte, dar pot greși în sensul supraevaluării riscului pe care îl reprezintă pacienții lor pentru cei din jur, deși în realitate aceștia nu sunt periculoși.

Dr. Yasuto, de pildă, trebuie să genereze și să analizeze alternative posibile de gestionare a situației pacientului său, care are gânduri suicidare foarte serioase. Ea are opțiunea de a urmări principiul promovării stării de bine/evitării daunelor și de a hotărî spitalizarea pacientului, dar, în același timp, ar putea fi tentată să ia această decizie doar pentru a-și reduce propria anxietate. Pe de altă parte, ea ar putea respecta autonomia de decizie a pacientului și i-ar putea permite acestuia să rămână neinternat. În mod ideal, dr. Yasuto va depăși aceste două opțiuni prin solicitarea mai multor informații, mai detaliate, din partea pacientului cu privire la dorințele lui reale. Dacă timpul îi permite, i-ar putea fi de ajutor să solicite informații și din partea altor oameni din rețeaua socială a pacientului, dar și a altor specialiști care au contacte cu el, cum ar fi medicul lui de familie.

Consultarea cu alți specialiști în sănătate mentală poate reduce influența distresului și a distorsiunilor cognitive ale doctoriței Yasuto. Aflată sub tensiunea și distresul cauzate de această situație, dr. Yasuto ar putea defini problema astfel: Cum fac să internez acest pacient în spital? Ea s-ar putea să înlocuiască însă cu această întrebare prea simplă o alta mai dificilă, dar mai importantă, pe care ar putea nici să nu o sesizeze, respectiv: Cum să fac astfel încât să mă asigur că pacientul meu se află în siguranță și, în același timp, să diminuez cât mai mult efectele negative asupra relației terapeutice și să generez astfel soluții mai bune? Înainte de a acționa, dr. Yasuto își va lua și *temperatura emoțională,* pentru a evalua în ce măsură reacțiile emoționale puternice i-ar putea influența propria gândire (Gino, 2013). Reflectând și consultându-se cu colegi specialiști, ea poate redefini problema în alți termeni.

Pasul 3: Analiza și evaluarea datelor

La Pasul 3, psihologii analizează, evaluează și selectează o intervenție optimă. Cele mai bune soluții apar adeseori atunci când psihologii analizează avantajele și dezavantajele — incluzând aspecte de natură practică, clinică și legală — pentru fiecare dintre posibilele soluții identificate la Pasul 2. Dar, din perspectiva eticii bazate pe principii, rezolvarea dilemei înseamnă adeseori că un principiu etic fundamental va prevala temporar asupra unui alt principiu general (Beauchamp și Childress, 2009; W.D. Ross, 1930/1998). După W.D. Ross (1930/1998),

> când mă aflu într-o situație... în care una sau mai multe dintre aceste datorii *prima facie* mă obligă la anumite acțiuni opuse,

ceea ce am de făcut este să studiez situația cât mai în detaliu posibil, până când îmi formez, în urma unei reflecții atente, opinia necesară calificată (niciodată mai mult decât o opinie) că, în circumstanțele date, una dintre soluții este mai necesară decât celelalte. (p. 268)

Niciunul dintre principiile generale nu se impune întotdeauna cu cea mai mare necesitate; oricare dintre principii poate fi încălcat prin aplicarea altor principii generale, în funcție de circumstanțele concrete. W.D. Ross nu a stabilit o altă regulă absolută pentru a determina când anume un principiu prevalează asupra altuia, în afara faptului că pare a fi lucrul cel mai adecvat de făcut.

Hadjivastopoulos și Malloy (1999) au susținut că psihologii ar trebui să clasifice principiile într-o ierarhie, astfel încât unele dintre ele să fie prioritare față de celelalte. De exemplu, ei susțin că respectarea drepturilor și demnității omului este prioritară față de alte principii. Totuși, aceasta nu este și perspectiva lui W.D. Ross sau a lui Beauchamp și Childress, și chiar Hadjivastopoulos și Malloy înșiși observau existența unor excepții față de ierarhizarea propusă de ei. De asemenea, Williams și alții (2012) au găsit dovezi echivoce cu privire la avantajul sau utilitatea oferite de clasificarea ierarhizată, față de altele neierarhizate, în cazul principiilor generale.

Expresia *primum non nocere* („înainte de toate, să nu faci rău") pare să impună ideea că a nu face rău trebuie întotdeauna să prevaleze asupra tuturor celorlalte principii etice. Dar noi suntem de acord cu opinia lui W.D. Ross și a lui Beauchamp și Childress conform căreia niciunul dintre principiile fundamentale, cum este și acela de a nu face rău, nu trebuie să prevaleze

vreodată asupra unui alt principiu etic. În schimb, susținem că deciziile depind de circumstanțele specifice ale situației. Beauchamp și Childress (2009) au propus ca prevalența să se aplice la alegerea unei anumite opțiuni din mai multe posibile, în funcție de îndeplinirea anumitor condiții. Cele mai evidente patru asemenea condiții sunt următoarele:

1. Decidentul are suficiente motive pentru a acționa în baza unui anumit principiu general, și nu a altuia.
2. Acțiunea are șanse realiste de succes.
3. Decidentul nu poate găsi o alternativă preferabilă din punct de vedere moral.
4. Decidentul caută să minimalizeze efectul negativ al încălcării celuilalt sau a celorlalte principii etice.

În conformitate cu aceste condiții, dr. Yasuto trebuie să-și pună următoarele întrebări:

1. Există o justificare suficientă pentru a-i permite unui principiu etic (promovarea stării de bine sau evitarea provocării unor daune) să primeze asupra unui alt principiu etic (respectul față de autonomia de decizie a pacientului)?

   În mod tipic, în cazul riscului de suicid iminent, promovarea stării de bine/evitarea daunelor prevalează asupra respectului față de autonomia pacientului. Totuși, dr. Yasuto trebuie să evalueze iminența și potențialul letal ale comportamentului suicidar al pacientului, aplecându-se cu atenție asupra multor factori contextuali și specifici cazului respectiv. Dacă riscul de suicid este unul scăzut,

dr. Yasuto va trebui să acorde o mai mare prevalență respectului autonomiei pacientului în luarea deciziilor.

2. Acțiunea propusă are șanse reale de succes?

   Dr. Yasuto poate decide că pacientul trebuie să fie internat în spital chiar dacă internarea este făcută involuntar. În această situație, dr. Yasuto trebuie să determine mai întâi dacă tipul de comportament al pacientului îndeplinește criteriile de spitalizare involuntare stabilite prin legile statului în care profesează, pentru a determina dacă efortul de a obține internarea va avea un real succes.

3. Poate fi găsită o alternativă preferabilă din punct de vedere moral?

   Din această scurtă prezentare de caz rezultă că nu poate fi găsită o alternativă preferabilă din punct de vedere moral. Totuși, regula generală este ca, ori de câte ori este posibil, psihologii să depună toate eforturile pentru a găsi acele alternative utile care să evite conflictul direct dintre două principii etice.

   În căutarea unei soluții, dr. Yasuto poate analiza în ce măsură poate mobiliza resursele sănătoase ale pacientului, în considerarea respectării autonomiei acestuia, pentru a se asigura că el va fi în siguranță și în ce măsură va coopera pacientul pentru atingerea obiectivelor generale ale terapiei, fără a folosi forța sau a amenința cu folosirea ei. Deoarece spitalizarea psihiatrică involuntară încalcă principiul respectării autonomiei de decizie a pacientului într-o măsură atât de mare, dr. Yasuto trebuie să utilizeze această opțiune doar ca ultimă resursă, doar în cazul în care nu găsește nicio alternativă pentru a salva viața pacientului său. Ea ar prefera totuși ca spitalizarea să fie

una voluntară, pentru a se evita ca pacientul să își întrerupă tratamentul pe viitor. Cu toate acestea, în unele situații se poate să nu existe nicio alternativă preferabilă din punct de vedere moral.

4. Poate dr. Yasuto să mențină la un nivel minim daunele provocate prin încălcarea celuilalt principiu etic?

   Dacă dr. Yasuto decide că principiul promovării stării de bine/al evitării daunelor trebuie să prevaleze asupra celui al respectării autonomiei și hotărăște să instituie spitalizarea involuntară, ea trebuie să îl implice cât mai mult cu putință pe pacient în luarea acestei decizii. De exemplu, dacă este posibil, dr. Yasuto îi poate permite pacientului să aleagă el însuși spitalul la care va merge.

Considerăm că cea mai frecventă greșeală pe care o fac psihologii mai puțin experimentați constă tocmai în eșecul de a reduce la minimum daunele provocate de încălcarea unui principiu moral. Mai mult, aceasta este trăsătura care distinge o decizie etică excelentă de una doar acceptabilă și care poate fi cheia în menținerea relației terapeutice.

O strategie generală poate fi și aceea de a alege o soluție care să combine cele mai bune elemente ale unor soluții diferite, propuse printr-un proces asemănător cu *împletirea teoriilor*. În psihologia experimentală, „dezvoltarea teoretică progresează prin integrarea celor mai puternice trăsături ale teoriilor alternative cu ideile proprii ale cercetătorului cu privire la fenomenul pe care îl studiază" (Sterneberg, Grigorenko și Kalmar, 2001, p. 107). În mod similar, psihologii pot combina soluțiile comparând alternativele pe care le au la dispoziție, evaluând proprietățile

fiecăreia care vin în conflict cu proprietățile celorlalte și integrând cele mai bune aspecte ale fiecărei soluții.

Pasul 4: Acțiunea sau implementarea

Pasul 4 poate fi destul de complex, deoarece chiar și cele mai riguroase analize nu conduc în mod necesar și la treceri la acțiune. În continuare analizăm dacă și cum își va implementa dr. Yasuto soluția aleasă.

Dacă soluția va fi implementată

Unele studii au constatat că mulți dintre psihologii (Bernard și Jara, 1986) și psihoterapeuții începători (Bernard, Murphy și Little, 1987) care ajung la soluția „corectă" într-o dilemă etică nu trec la punerea în practică a acelei soluții. Motivul acestei stări de lucruri este neclar. Uneori, capacitatea de a acționa poate fi cauzată de lipsurile psihologilor, care sunt fie excesiv de timizi, fie se tem că pacientul lor s-ar putea răzbuna pe ei, făcându-le comentarii negative pe internet, transformându-l pe psihologul respectiv într-o victimă a bârfelor denigratoare, sau chiar i-ar putea face reclamații la comisiile profesionale. Alți psihologi sunt probabil în mod inadecvat familiarizați cu etica profesiei. Am putea spune că unii dintre acești psihologi nu reușesc să se ridice la nivelul valorilor lor etice cele mai înalte. În aceste circumstanțe, psihologii au nevoie să își dezvolte abilități mai bune de abordare a problemelor, în ciuda anxietății pe care o resimt, sau să învețe mai mult despre modul cum pot integra credințele lor morale personale cu cerințele etice ale profesiei (a se vedea Capitolul 4). În Capitolul 3 vom discuta despre felul

în care psihologii își pot întări curajul de a lua o decizie sau curajul moral prin ancorarea într-o teorie etică generală.

Dorim, de asemenea, să menționăm și faptul că eșecul de a acționa poate apărea și din cauză că psihologii nu parcurg în mod adecvat Pașii 1, 2 și 3. În consecință, ei se pot simți inconfortabil sau nemulțumiți de decizia pe care au luat-o. Poate că răspunsul lor reflectă ceea ce cred ei că li se cere prin Codul Etic al APA, prin legile sau recomandările în vigoare privitoare la managementul riscului, dar nu au integrat încă suficient propriile lor valori în respectiva decizie (T.S. Smith, McGuire, Abbott și Blau, 1991). Sau poate că nu au analizat în mod corespunzător efectul pe care emoțiile lor personale sau factorii contextuali l-ar putea avea asupra acțiunilor lor (Betan și Stanton, 1999).

Psihologii care se simt ambivalenți față de trecerea la acțiune în Pasul 4 pot avea nevoie să reflecteze cu privire la motivele acestei ambivalențe. De exemplu, dr. Yasuto ar putea ajunge la decizia de a trata pacientul în sistem ambulatoriu. Totuși, după ce ia această decizie, de îndată se simte înfricoșată și are îndoieli. În acest moment, dr. Yasuto poate încerca să identifice sursele propriului disconfort și să afle dacă acele sentimente spun ceva despre ea însăși și despre teama sa de a lua decizii dificile, sau dacă acele sentimente indică existența unor gânduri neexaminate până atunci, cu privire la înțelepciunea deciziei sale.

Cum va fi implementată soluția

Chiar dacă dr. Yasuto ajunge să ia o decizie bună, maniera în care va implementa această decizie poate fi la fel de importantă ca decizia însăși. Mai precis, există posibilitatea ca unele decizii

să fie implementate în modalități care prin ele însele reprezintă respectarea sau încălcarea principiilor etice generale.

O decizie proastă implementată prost. Poate că dr. Yasuto a luat decizia grăbită, bazată pe prea puține informații, de a recomanda spitalizarea pacientului (starea de bine prevalează asupra respectului față de autonomia pacientului). Nu a ascultat și nu a discutat cu nimeni, nu i-a cerut pacientului informații suplimentare, nu a încercat nici să-și motiveze pacientul să accepte faptul că decizia de a se interna este una rațională, nu a solicitat părerea altor membri ai rețelei sociale a pacientului, nu s-a consultat cu niciun coleg sau supervizor, nu a analizat alte mijloace mai puțin intruzive utile în atingerea obiectivului protejării vieții pacientului, nici nu și-a luat „temperatura emoțională" și nici nu a analizat riscul propriilor distorsiuni cognitive și afective. În afară de faptul că înainte de a lua decizia a realizat un proces precar de deliberare, dr. Yasuto a și implementat-o în mod defectuos. De exemplu, lipsa competenței emoționale (îngrijorare și teamă excesivă) o poate determina pe dr. Yasuto să-i vorbească pacientului într-o manieră pe care el să o perceapă prea bruscă și insensibilă. Dacă se întâmplă așa, pacientul o poate percepe pe dr. Yasuto ca pe o persoană neinteresată de starea lui de bine (slabă implementare a principiului promovării stării de bine) și mai mult centrată pe propria protecție. Pacientul o poate privi acum pe dr. Yasuto ca pe o terapeută care a încălcat principiul autonomiei pacientului din motive egoiste, și în consecință ca nerespectându-și obligația *prima facie* de a fi pentru el o persoană de încredere.

O decizie proastă implementată bine. Într-o altă situație, dr. Yasuto poate face o analiză la fel de superficială în luarea deciziei ca și mai sus și poate permite principiului promovării

stării de bine să prevaleze complet asupra celui privind respectul față de autonomia pacientului. Cu toate acestea, dr. Yasuto ar putea reuși să implementeze bine această decizie proastă. De exemplu, ea îi poate vorbi pacientului cu empatie și îi poate transmite acestuia grija ei autentică. Astfel, pacientul poate avea percepția (adecvată) că dr. Yasuto este bine intenționată, chiar dacă ea nu îi respectă dreptul la autonomie.

O decizie bună implementată prost. Poate că dr. Yasuto reușește să ajungă la o concluzie care să mențină un echilibru adecvat între principiul promovării stării de bine și cel al respectului față de autonomia pacientului. Cu toate acestea, valoarea deciziei sale poate fi compromisă dacă ea o discută cu pacientul într-o manieră prin care nu reușește să îi transmită acestuia preocuparea ei autentică față de bunăstarea lui sau dorința ei de a-i respecta autonomia în luarea deciziilor.

Pasul 5: Privirea în urmă sau evaluarea rezultatului

Al cincilea pas este acela de a privi înapoi și a evalua soluția aplicată. În multe cazuri, modelul celor cinci pași va avea ca rezultat o soluție care rezolvă dilema etică. În alte cazuri însă, psihologii ar putea să simtă nevoia de a primi feedback, de a evalua eficacitatea intervenției lor, pentru a constata astfel că poate o altă intervenție ar putea oferi garanții mai bune de reușită sau chiar că trebuie să modifice intervenția inițială.

Modelul în cinci pași este unul dinamic — nu este neapărat liniar sau fix. Rezolvarea unei dileme poate crea alte dileme noi, neanticipate, sau poate furniza mai multe informații care îi fac pe psihologi să modifice interpretarea pe care au făcut-o inițial cu privire la problema cu care se confruntă și să se întoarcă la

pașii anteriori. De exemplu, parcurgerea celui de-al doilea sau al treilea pas (dezvoltarea și analiza opțiunilor) îi poate determina pe psihologi să se întoarcă la Pasul 1 (identificarea sau observarea problemei inițiale). De asemenea, uneori nici până la al patrulea sau la al cincilea pas (acțiune/implementare și feedback/evaluare) psihologii nu devin conștienți de factorii contextuali care ar fi putut modifica opțiunile generate la Pașii 1 și 2. Să analizăm următorul exemplu:

Reacția unui pacient față de preocuparea terapeutului

Un psiholog are o pacientă tânără, fără spitalizare, care recent a luat o supradoză de medicamente, dar pe care medicii au lăsat-o să meargă acasă. Pacienta este ursuză, nu vrea să-l privească pe psiholog și nu vrea să răspundă la întrebări sau la rugămințile lui de a vorbi cu el. Până la urmă, el îi spune că, dat fiind refuzul ei de a vorbi, nu are altă opțiune decât să încerce să îi asigure siguranța și protecția și că a recomandat să fie spitalizată în secția de psihiatrie a spitalului din localitate. Psihologul a trecut astfel la Pasul 3 și a hotărât că principiul de a face bine prevalează asupra respectului față de autonomia pacientei. A inițiat Pasul 4 (a acționat) în prezența ei și a telefonat persoanei competente (așa-numitul „delegat de sănătate mentală"), care se afla de-acum pe drum către cabinetul lui, pentru a îndeplini formalitățile necesare spitalizării. Evident, pacienta a constatat că psihologul era serios în legătură cu ideea spitalizării și, îndată ce el a închis telefonul, ea a început să îi vorbească despre preocupările și îngrijorările ei. În momentul în care delegatul de sănătate mentală a ajuns la cabinet pentru a completa documentele necesare, psihologul avea deja suficiente informații și suficientă încredere în tânăra femeie, încât să decidă că nu era necesară spitalizarea și că ea putea fi

atenție informării privitoare la chitanțe și metode de lucru. În acest fel, psihologul se conformează literei principiului respectării autonomiei pacientului, dar îi încalcă spiritul.

Primatul stării de bine

Ne putem imagina un alt scenariu în care psihologul se concentrează în întregime pe îngrijorările imediate ale pacientului și nu face nimic pentru a explica procedurile formale, limitele confidențialității sau alte subiecte abordate în mod tipic în procesul de obținere a consimțământului informat. În acest caz, principiul primatului stării de bine a pacientului este cel care prevalează complet asupra respectului față de autonomia pacientului, fără niciun efort de diminuare a daunelor ce pot fi produse prin încălcarea unor principii etice. Acest scenariu implică unele riscuri, din cauză că unele dintre subiectele abordate pe parcursul procesului de obținere a consimțământului informat, cum ar fi confidențialitatea, pot avea o influență puternică asupra deciziei pacientului cu privire la ce să îi spună și ce să nu îi spună psihologului. De exemplu, dacă pacientul știe din capul locului că psihologul are obligația de a încălca regula confidențialității în cazurile de abuz asupra copiilor, s-ar putea ca acesta să decidă să nu dezvăluie informații cu privire la comportamentele sale parentale.

Primatul stării de bine versus Respectul față de autonomia pacientului

Articolul 10.01 al Codului Etic al APA le permite psihologilor să treacă cu vederea temporar principiul general al respectului față

de autonomia pacientului în favoarea celui al primatului stării de bine sau celui al evitării cauzării de daune pacientului. În conformitate cu etica bazată pe principii, psihologii tebuie să depună toate eforturile pentru a diminua daunele produse prin încălcarea unui principiu etic (respectul față de autonomia pacientului), angajându-se în procesul de obținere a consimțământului informat cât mai curând cu putință sau parcurgând inițial doar parțial procedura de obținere a consimțământului informat al pacientului (eventual concentrându-se doar pe limitele confidențialității, dacă acest aspect pare să fie o îngrijorare a pacientului), și completând mai târziu întregul proces. Psihologii pot oferi informații în mod gradual așa cum un pacient internat în spital primește doza de medicament gradual printr-un proces de titrare (Gottlieb, Handelsman și Knapp, 2013).

Consimțământul informat în cazul copiilor și al părinților

Menținerea echilibrului între primatul stării de bine și respectul față de autonomia pacientului prezintă aspecte specifice în cazul lucrului cu copiii. În general, psihologii trebuie să obțină consimțământul informat al pacienților sau, în cazul copiilor, al părinților sau tutorilor lor legali. În unele state, adolescenții pot consimți ei înșiși la intrarea în tratament fără consimțământul parental, în anumite circumstanțe. Chiar și atunci când adolescenții nu au capacitatea legală de a consimți la primirea unui tratament, Codul Etic al APA cere ca psihologii să încerce să obțină acceptul sau acordul copilului pentru terapie. Articolul 3.10b, Consimțământul informat, stipulează astfel:

> În cazul persoanelor care nu au capacitatea legală de a-și da un consimțământ informat, psihologii trebuie totuși (1) să le furnizeze o explicație corespunzătoare, (2) să caute să obțină acceptul pacientului, (3) să ia în considerare preferințele unei asemenea persoane și să pună pe primul plan interesele ei și (4) să obțină permisiunile corespunzătoare din partea unei persoane autorizate din punct de vedere legal, dacă o asemenea înlocuire este permisă sau impusă prin lege.

În general, părinții pun înainte de toate interesul copiilor lor, iar psihologii pot presupune, de regulă, că părinții le impun adolescenților să facă ceva ce ei consideră că este bine pentru ei. Mai exact, părinții pot cere tratamentul din cauză că ei înșiși consideră că starea de bine prevalează asupra respectului față de autonomia copilului lor. Codul Etic al APA recunoaște faptul că dorințele celui care are puterea de a decide (de obicei părintele) se pot impune în fața celor ale pacientului copil sau adolescent. De aceea, psihologii vor încerca să diminueze daunele produse prin încălcarea autonomiei adolescentului, prin încercarea de a primi acceptul acestor pacienți și de a lua în considerație preferințele lor, acest lucru putând fi esențial pentru succesul tratamentului. Adolescenții pot privi terapia, uneori pe bună dreptate, ca pe o încercare de a le fi controlat comportamentul sau de a fi determinați să facă lucruri pe care în mod obișnuit ei nu ar vrea să le facă (Oetzel și Scherer, 2003), sau pot simți că situația de pacient îi stigmatizează ca fiind „bolnavii" familiei, chiar dacă și alți membri ai familiei lor pot avea unele probleme.

Mulți psihologi încearcă să păstreze echilibrul între principiul stării de bine și cel al respectului față de autonomia pacientului în cazul adolescenților, utilizând standarde flexibile. Mai exact,

ei iau în considerare posibilele consecințe ale deciziei începerii unei terapii asupra adolescentului sau a altor membri ai familiei lui. Dacă amenințarea față de starea de bine a copilului sau a altor membri ai familiei sale este mare, atunci psihologii pot acorda o mai mare importanță tratamentului și pot permite stării de bine și binelui public să primeze în fața autonomiei pacientului. Pe de altă parte, dacă amenințarea față de binele pacientului sau a altora este mai puțin importantă sau mai puțin iminentă, atunci psihologii pot ține cont mai mult de dorințele adolescentului. Să luăm exemplul unei psihoterapeute care folosește regula celor „trei încercări[8]": ea îi cere pacientului adolescent care refuză terapia să vină la primele trei ședințe și, dacă adolescentul nu se va simți bine sau va considera că nu are nimic de câștigat de pe urma procedurii, nu vor mai continua. Regula celor trei încercări acordă astfel o șansă prevalenței principiului stării de bine și în același timp diminuează daunele asupra capacității adolescentului de a decide în mod autonom.

În plus față de acordul de bază de implicare în terapie, un alt dezacord între părinți și copii ar putea apărea cu privire la obiectivele și direcția tratamentului. McGillicuddy, Rychtarik, Morsheimer și Burke-Storer (2007) au observat că măsura în care părinții au cunoștință de nivelul de abuz de alcool sau alte droguri al adolescenților variază considerabil. Hawley și Weisz (2003) au constatat că, la începutul tratamentului, mai mult de trei sferturi din triadele copil-părinte-terapeut eșuează în

[8] *„Three strikes, you are out" Rule* — în engleză în original. Este o regulă legiferată în unele state americane conform căreia, odată cu comiterea celei de-a treia infracțiuni, singura pedeapsă care mai poate fi aplicată unui infractor recidivist este pedeapsa cu închisoarea, numărul de infracțiuni eliminând posibilitatea aplicării unor pedepse alternative, chiar dacă acestea sunt prevăzute de lege. (*N. t.*)

atingerea unui consens cu privire chiar și la o singură problemă care să fie abordată terapeutic. De exemplu, părinții pot privi comportamentul copilului lor ca fiind lipsit de respect și agresiv, în timp ce copilul consideră comportamentul părinților săi ca fiind intruziv și nejustificat. Sau părinții pot avea așteptarea ca fiica lor să devină mai respectuoasă față de ei, ca urmare a psihoterapiei, dar fiica este interesată doar să își dezvolte relații mai bune cu colegii de școală.

Uneori, părinții, adolescenții și psihologii înșiși pot avea obiective diferite. De exemplu, părinții ar putea dori ca fiul lor să nu intre în conflicte cu poliția, fiul ar vrea să scape de cicăleala părinților, iar psihologul consideră că adolescentul are o depresie destul de gravă, dar neconștientizată, care necesită tratament. Uneori apar combinații de acorduri și dezacorduri cu privire la diferite obiective: părinții vor ca fiul lor să aibă rezultate mai bune la școală și să câștige cât mai multe competiții sportive, în timp ce fiul este de acord să obțină note mai bune la școală, dar este prea puțin interesat de sport.

Întrebări cu privire la modalitățile de menținere a echilibrului între nevoile tuturor membrilor familiei și obligațiile față de toți aceștia nu au răspunsuri ușor de găsit. Totuși, adeseori psihologii își pot ajuta cel mai bine pacienții prin evitarea dihotomizării obiectivelor și prin facilitarea unei mai bune comunicări între membrii familiei și susținerea lor pentru a ajunge la soluții acceptabile pentru toți. Robbins și alții (2006) au constatat că alianța între părinți și psihologi, ca și alianța între adolescenți și psihologi este un predictor pentru abandonul terapiei; aceasta înseamnă că psihologii se pot confrunta cu eșecul tratamentului dacă nu reușesc să construiască alianțe atât cu părinții, cât și cu copiii. Unul dintre obiectivele terapiei poate fi acela de a-i face

pe părinți și pe adolescenți să înțeleagă efectele comportamentului propriu asupra celorlalți. Psihologii nu trebuie nici să confirme orbește, nici să respingă nici îngrijorările părinților, nici pe cele ale adolescenților. Etica bazată pe principii nu înseamnă întotdeauna să încălcăm imediat unul sau altul dintre principii, ci mai degrabă înseamnă să găsim un echilibru în aplicarea lor.

Sunt multe de spus despre ascultarea cu atenție a preocupărilor pacienților. De exemplu, când au fost întrebați ce simt în legătură cu întâlnirile lor cu psihiatrii, copiii au răspuns că le place atunci când psihiatrii îi ascultă, le pun întrebări și intră în schimburi active de idei cu ei (Hartzell, Seikkula și von Knorring, 2009). Interviurile mai detaliate pot duce la identificarea unor obiective reciproc compatibile. Mai concret, cu toate că părinții și copiii pot să nu fie inițial de acord cu privire la problema pe care doresc să o rezolve, este posibilă totuși identificarea unor arii comune, asupra cărora pot cădea de acord cu toții. De exemplu, copiii pot fi de acord la începutul terapiei că un obiectiv asupra căruia doresc să lucreze este acela de „a mi-i lua de pe cap pe părinții mei" și că pentru a lucra în această direcție vor putea întreprinde unele acțiuni care să rezolve în mod indirect și unele îngrijorări legitime ale părinților.

Această perspectivă este în concordanță cu conceptul de *gradualitate etică* sau *incrementare etică* propus de Francis (2009). Conform acestei perspective, psihologul nu trebuie să adopte întotdeauna o poziție morală care să elimine orice compromis cu privire la fiecare problemă etică cu care se confruntă. Deși nu pot fi făcute compromisuri cu privire la unele aspecte de bază, uneori, psihologii pot pondera principiile etice generale gradual sau incremental, în funcție de nevoile pacientului.

Ponderări similare apar și în cazul altor standarde. De exemplu, în cazurile de urgență psihologii pot furniza servicii pacienților, chiar dacă nu au competența care ar fi necesară în mod obișnuit pentru a-i ajuta pe acei pacienți (Articolul 2.02). În caz de urgență, psihologii ar putea să nu fie calificați să ajute pacienți (îndeplinirea principiului primatului stării de bine a pacientului) fără să își asume riscul de a le produce daune acestora (încălcarea principiului general al evitării producerii de daune), dar Codul Etic al APA le permite psihologilor opțiunea de a face ca principiul stării de bine să încalce temporar principiul evitării producerii oricăror daune. Cu toate acestea, psihologii au obligația de a încerca să diminueze daunele produse prin încălcarea principiului respectiv, îndrumându-i pe pacienți către specialiștii competenți cât mai curând posibil. În Capitolul 3 vom discuta mai în detaliu importanța anticipării problemelor ce pot apărea în astfel de situații.

În cazuri de urgență, psihologii au prea puțin timp la dispoziție pentru a se gândi la un răspuns detaliat, folosind Sistemul 2 de gândire. În mod ideal, însă, psihologii au analizat aceste tipuri de dileme cu mult timp înainte și s-au pregătit pentru a ști să răspundă în mod adecvat și rapid, în funcție de necesități.

Dileme etice în afara standardelor în vigoare

Uneori, psihologii se confruntă cu situații pentru care Codul Etic al APA nu oferă nicio indicație. De exemplu, ediția din 1992 a Codului Etic al APA nu anticipase răspândirea pe scară largă a utilizării mijloacelor electronice de comunicare și nu spunea

nimic cu privire la modul în care trebuie să procedeze psihologii în legătură cu utilizarea acestor noi tehnologii. Până la publicarea de către APA a recomandărilor cu privire la telecomunicații (APA, 2013), psihologii au fost nevoiți să se bazeze în primul rând pe articole ale unor colegi și pe propria lor judecată cu privire la modul sau momentul în care să folosească aceste tehnologii.

Un alt exemplu este cel al ostilității verbale[9]. Psihologii își încurajează de obicei pacienții să își exprime opiniile liber, prin aceasta promovând aplicarea principiului etic general al respectării autonomiei pacientului. Totuși, unii pacienți pot exprima opinii care îi denigrează pe membrii unor minorități etnice sau sexuale sau alte grupuri marginalizate. Putem susține că psihologii trebuie să descurajeze discursurile denigratoare, bazându-se pe principiul primatului stării de bine a pacientului, considerând că asemenea discursuri creează o tensiune care permite, încurajează sau scuză victimizarea anumitor grupuri. De asemenea, calitatea vieții în general la nivelul societății scade ori de câte ori un grup este marginalizat sau devine victimă a discriminărilor nejustificate. Acesta este un exemplu în care principiile etice generale relevante s-ar putea suprapune, întrucât ar putea fi adus argumentul că limbajul agresiv încalcă principiul etic al dreptății în măsura în care psihologii au obligația de a se asigura că oamenii sunt tratați corect. Chiar dacă psihologii nu se angajează în acte injuste ei înșiși, ei pot fi priviți drept complici la asemenea acte dacă acceptă un mediu care tolerează injuriile

[9] Părți din această secțiune sunt adaptate după „How Should Psychologists Respond to Hate-Filled Comments?" (*Cum trebuie să reacționeze psihologii la comentariile denigratoare?*) de S. Knapp, 2011, *Pennsylvania Psychologist*, octombrie 2011, p. 7. Copyright 2011, Pennsylvania Psychological Association. Adaptat cu permisiune.

și vătămarea persoanelor marginalizate. Vom discuta aceste aspecte mai în detaliu în Capitolul 9.

Conflicte între principiile etice generale și unele politici organizaționale sau legi[10]

Atunci când Codul Etic al APA intră în conflict cu politici organizaționale, psihologii au obligația să „aducă la cunoștința celorlalte părți angajamentul lor față de Codul Etic, și să ia acele măsuri rezonabile de rezolvare a conflictului care sunt conforme cu principiile generale și standardele etice ale Codului Etic" (Articolul 1.03). Indiferent de situație, Codul nu permite obediența față de o politică organizațională care implică încălcarea drepturilor fundamentale ale omului.[11] Codul Etic al APA adoptă — în mod adecvat, considerăm noi — o poziție de mijloc. Pe de o parte, nu le permite psihologilor să adere în mod orbește și fără protest la practicile lipsite de etică ale unor organizații. Pe de altă parte, Codul nu le impune psihologilor să își dea demisia din posturile respective; dimpotrivă, le cere să depună toate eforturile rezonabile pentru a rezolva problema. Ca aspect practic, este mult prea dificil pentru orice cod etic să prevadă

[10] Părți din această secțiune sunt adaptate după „When Laws and Ethics Collide: What Should Psychologists Do?" (*Când legile și etica se contrazic. Ce trebuie să facă psihologii?*) de S. Knapp, M. Gootlieb, J. Berman și M. M. Handelsman, 2007, *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, pp. 54-59. Copyright 2007, American Psychological Association.

[11] Acest aspect a devenit o preocupare după ce au apărut declarații cu privire la implicarea unor psihologi în tratamentele de tortură aplicate deținuților de la Guantanamo Bay. Acești psihologi acționau în calitate de consultanți ai celor care conduceau interogatoriile, nu ca psihoterapeuți, astfel că acțiunile lor nu sunt direct legate de subiectul acestei cărți. Cu toate acestea, considerăm că această problemă importantă legată de drepturile omului necesită cel puțin o mențiune

acțiuni adecvate și detaliate pentru toate cazurile în care ceea ce constituie o acțiune „rezonabilă" depinde de obicei de circumstanțe specifice și de opțiunile disponibile în acele circumstanțe specifice. Să luăm în considerare acest exemplu:

Un psiholog indignat

Unui psiholog care lucrează într-o instituție de asistență publică i s-a spus că trebuie să înceapă să trateze adulți de vârsta a treia chiar dacă el nu are o formare profesională corespunzătoare sau experiența de lucru necesară pentru a putea lucra cu acest segment de populație. Psihologul s-a prezentat de îndată la cabinetul superiorului său cu un exemplar din Codul Etic al APA, prezentându-i acestuia câteva dintre articolele pe care el considera că le-ar fi încălcat dacă ar fi urmat instrucțiunile superiorului. A izbit cu pumnul în masă, a descris toate articolele încălcate și a repetat refrenul „Sunteți lipsit de etică" la fiecare articol pe care îl menționa.

Deși Codul Etic al APA nu le spune exact psihologilor cum să abordeze conflictele organizaționale, noi știm că asemenea conflicte, în general, sunt cel mai bine abordate atunci când ambele părți fac efortul de a înțelege toate punctele de vedere și preocupările celorlalți și încearcă să găsească un teren comun de discuție. În acest caz, agenția tocmai pierduse fondurile alocate pentru postul de psihogeriatru și nu știa când avea să le recupereze din nou. Superiorul i-a oferit psihologului, care fusese solicitat să suplinească și postul vacant, cursuri de formare complementară și supervizare în psihogeriatrie. De asemenea, dacă psihologul ar fi citit cu mai multă atenție Codul Etic al APA, el ar fi observat că acest cod permite unele excepții de la principiul

competenței în situații excepționale (de exemplu, Articolul 2.01e). Cu toate că este posibil să întâlnim și situații în care să fie într-adevăr necesar să dăm buzna în biroul șefului și să-l acuzăm că este lipsit de etică, aceasta tebuie să rămână ultima soluție, la care să apelăm doar după ce epuizăm toate celelalte opțiuni.

Alteori, o lege (statut, regulament sau hotărâre judecătorească) poate veni în contradicție cu unul dintre articolele Codului Etic al APA. Articolul 1.02 statuează faptul că, atunci când articolele aplicabile prevăzute de Cod creează obligații mai mari decât obligațiile prevăzute de lege, psihologii trebuie să respecte Codul. Dacă articolul etic vine în conflict cu o anumită lege, atunci psihologii trebuie să facă eforturi pentru a rezolva dilema.

Atunci când psihologii se confruntă cu situații care includ conflicte cu legi sau cu politici organizaționale, ei pot utiliza modelul decizional în cinci pași prin tratarea legii sau a standardelor organizației într-o manieră similară cu descrierea conflictelor dintre principiile etice generale. Mai exact, prin identificarea opțiunilor disponibile se poate determina dacă situația impune ca un principiu etic general să prevaleze asupra legii care îl încalcă. Să luăm în considerare următorul exemplu:

Este acesta un caz de abuz asupra unui minor?

O pacientă adolescentă, cu depresie majoră, i-a mărturisit unei psihologe că ea credea, dar nu era sigură, că bunicul ei o abuzase sexual. Psihoterapeuta locuia într-un stat ale cărui politici publice o obligau să raporteze abuzul sexual asupra unui copil sub optsprezece ani. Totuși, pacienta declara că s-ar sinucide dacă psihoterapeuta ar raporta acest abuz la serviciul local de protecție a copilului. Psihologa lucrase cu agenția respectivă în trecut și nu avea încredere în capacitatea instituției

de a gestiona situația cu sensibilitatea adecvată nevoilor emoționale ale adolescentei. Nici pacienta, nici părinții ei nu mai știau nimic despre bunicul fetei de foarte mulți ani (era posibil chiar ca el să fi murit) și nu exista nicio probabilitate previzibilă ca ea să mai aibă contacte cu el în viitor.

În acest caz, copilul a furnizat informații care, la o cercetare mai amănunțită, îl puteau determina pe un psiholog rațional să suspecteze un abuz. Dacă psihologa în cauză ar fi suspectat o asemenea situație, ea ar fi fost obligată să raporteze cazul. Totuși, psihologa se temea că raportarea abuzului ar fi precipitat suicidul pacientei, pe care ea încerca să îl prevină. Cu toate că prevederile Codului Etic al APA le oferă asigurări psihologilor cu privire la faptul că nu vor fi trași la răspundere în legătură cu încălcarea acestuia, în cazul în care decid să respecte legile statale în defavoarea Codului, această psihologă foarte conștiincioasă voia totuși să aleagă cea mai bună cale de acțiune, conformă cu principiile etice cele mai relevante pentru acest caz: asigurarea stării de bine, respectiv ajutarea pacientei de a rămâne în viață și de a avea un trai bun și, în același timp, evitarea daunelor sau evitarea cauzării unui rău pacientei.

Reacția inițială a multor psihologi poate fi aceea de a se lăsa pradă gândirii dihotomice și de a considera ca alternative posibile fie raportarea, fie neraportarea cazului, evaluând beneficiile și riscurile fiecăreia dintre aceste variante și decizând pe care dintre ele să o urmeze. Cu toate acestea, la fel ca în alte situații, psihologii își pot pune întrebarea dacă informația primită este suficientă pentru a avea motive să suspecteze un abuz. Sunt afirmațiile copilului credibile (există beneficii secundare sau manipulare)? Cât de reală este amenințarea cu sinuciderea?

 Există cu adevărat un criminal aflat în libertate care poate pune în pericol și alți copii?

Dacă, după ce va răspunde la aceste întrebări, psihologul ajunge la concluzia că în continuare există un conflict între principiul primatului stării de bine a pacientului (furnizarea îngrijirii optime) și respectarea legii (raportarea abuzului), modelul de luare a deciziilor etice oferă o modalitate de echilibrare a imperativelor unei anumite situații specifice. Beauchamp și Childress (2009) recomandă optarea pentru prevalența unei valori morale asupra alteia, atâta timp cât încălcarea celei din urmă produce cea mai mică daună posibilă și este în concordanță cu realizarea obiectivului principal și atâta timp cât sunt luate toate măsurile pentru diminuarea efectului negativ al încălcării valorii morale desconsiderate. Același proces poate fi folosit și atunci când analizăm modalitatea de reacție în fața unei legi problematice.

Când respectarea legii încalcă principiul primatului stării de bine a pacientului

Dacă psihologa din exemplul anterior decide să respecte legea și să raporteze suspiciunea de abuz, ea ar putea limita daunele produse prin încălcarea principiului etic al protejării vieții pacientei, prin încercarea de a o implica pe aceasta într-o măsură cât mai mare în procedura respectivă. Ea o poate informa pe adolescentă cu privire la obligația legală pe care o are și îi poate oferi informații detaliate în legătură cu modul în care se desfășoară procesul de raportare. Psihologa poate apela la ajutorul familiei, al școlii sau al prietenilor pacientei în sensul luării măsurilor de reducere a riscului unei încercări de sinucidere.

Cei mai mulți dintre susținătorii opțiunii de a încălca legea ar fi de acord cu opiniile lui John Woolman (Moulton, 1971), Mohanadas Gandhi (Fischer, 1983) sau Martin Luther King, Jr. (1967) confom cărora oamenii trebuie să respecte legile, cu excepția acelor situații în care respectarea legilor este limitată de circumstanțe. Agenții morali trebuie să încalce legea doar dacă acest lucru este necesar pentru a îndeplini un principiu moral important — și niciodată doar pentru un câștig personal.

Atunci când psihologii se confruntă cu un aparent conflict între lege și standardele Codului Etic al APA, ei trebuie să ia în considerare acele variante care le-ar putea permite să respecte legea, dar și să își apere propriile valori în același timp. Dacă decid să încalce legea, le recomandăm psihologilor să-și limiteze acțiunile în acest sens pe cât de mult posibil. De exemplu, psihologii nu ar trebui să încalce decât acea parte dintr-o prevedere legală care violează un standard etic. În cazul precedent, în măsura în care acest lucru este indicat clinic și etic, psihologa poate continua tratamentul cu fetița posibil abuzată până când starea mentală a acesteia se îmbunătățește, iar apoi o va putea implica în decizia de a depune o plângere, chiar dacă neraportarea abuzului într-o perioadă de timp rezonabilă nu e conformă cu legea cu privire la abuzurile asupra copiilor. Psihologa trebuie să își susțină cu dovezi decizia de alegere a direcției de acțiune pentru care optează. În cazul unei audieri disciplinare, justificarea circumstanțelor poate ajuta comisia de disciplină să aplice o pedeapsă mai blândă.

Cunoaștem câteva situații în care psihologii au încălcat în mod deliberat legea având motive conștiente. Să luăm acest exemplu:

Încălcarea în cunoștință de cauză a legii civile

Un psiholog avea un pacient adolescent care fusese arestat pentru că le spusese polițiștilor că el se aflase într-o seară la volanul unei mașini deși băuse, cu toate că în realitate nu el fusese șoferul. Adevărul era că pacientul și un prieten mai mare fuseseră opriți de poliție, iar prietenul mai mare, care conducea deși era beat, îi ceruse adolescentului să schimbe repede locurile. Polițiștii l-au arestat pe adolescent pentru conducerea unui vehicul sub influența băuturilor alcoolice. Prietenul mai mare avea deja două sancțiuni anterioare pentru conducere sub influența alcoolului și ar fi fost trimis la închisoare pentru cea de-a treia. Data audierii adolescentului în instanța de judecată se apropia. Psihologul care îl trata îl încurajase pe adolescent să mărturisească adevărul — explicându-i printre altele că prietenul mai mare avea probabil o problemă serioasă cu alcoolul și că se afla pe o traiectorie existențială dramatică dacă nu își asuma responsabilitatea pentru propriile acte și dacă nu avea să se supună, poate chiar forțat, unei terapii de dezalcoolizare. Cu toate că adolescentul era de acord că trebuia să spună adevărul, el totuși nu a făcut acest lucru. Atunci, încălcând legile în vigoare ale statului, care instituiau dreptul adolescenților de a deține controlul asupra confidențialității psihoterapiei lor, psihologul a invitat-o pe mama tânărului în cabinet, și în prezența acestuia, i-a povestit femeii ce se întâmplase cu adevărat. În acest caz, tânărul s-a simțit ușurat, iar mai târziu i-a mulțumit psihologului.

Desigur, nu există garanţii că toate actele de încălcare a legii vor avea consecinţe la fel de bune. În alte circumstanţe sau cu

alți pacienți, psihologul s-ar fi putut trezi cu o plângere disciplinară sau cu vreun proces de malpraxis. Dar, în acest caz, el a hotărât că valorile sale proprii îi impuneau să își asume acest risc.

Rezumat

Uneori psihologii se vor confrunta cu situații în care nu își pot îndeplini o obligație fără a încălca o alta. Modelul decizional în cinci pași prezentat în acest capitol descrie modul în care psihologii pot păstra un echilibru între obligațiile contradictorii, prin selectarea unui principiu moral care să prevaleze asupra altuia, concomitent cu luarea măsurilor de minimizare a daunelor produse prin încălcarea celui de-al doilea principiu. În capitolele care urmează vom ilustra cu exemple diferitele aplicații ale acestui model.

Modelul optimizării calității

Există situații în care psihologii au obiective clare, dar întâmpină dificultăți la implementarea lor. Psihologii și pacienții pot fi de acord cu privire la obiectivele unei terapii, dar, din anumite motive, nu reușesc să le atingă. În acest capitol vom trece în revistă strategiile pe care le pot folosi psihologii pentru a reduce riscul de eșec al tratamentului. Dăm exemple de strategii distale (pe termen lung) și proximale (pe termen scurt) de optimizare a calității terapiei — acordând o atenție specială legăturii dintre aceste strategii și principiile etice generale. Să analizăm exemplul din Introducerea acestui volum:

Blocaj în tratament

Dr. Smith trata o pacientă cu depresie majoră care nu făcea niciun progres, cu toate că dr. Smith folosea un tratament de ultimă oră, bazat pe rezultate concrete. Dr. Smith a recitit cu mare atenție fișa de tratament a pacientei, dar nu a putut găsi nicio explicație plauzibilă. Pacienta părea să se afle într-o stare de suferință profundă și era demoralizată de lipsa de progres a tratamentului.

Unii ar putea susține că aici este vorba doar despre o problemă clinică, întrucât nimic nu sugerează, în cazul acestei paciente,

că dr. Smith s-ar confrunta cu un conflict între două sau mai multe principii etice, că ar fi încălcat vreun standard etic sau că s-ar teme că ar putea fi reclamat pentru vreuna din acțiunile sale. Cu toate acestea, dimensiunea etică și cea clinică se suprapun în mod considerabil. Dr. Smith își poate atinge obiectivele clinice abordând aspectele etice ale acestei situații. Din păcate, sursa problemei este necunoscută. Are pacienta o depresie atât de severă încât niciun terapeut, indiferent cât de talentat ar fi, nu ar putea produce nicio modificare? Până la urmă, cunoștințele despre comportamentul uman sunt limitate, iar știința psihologiei nu poate trata absolut toți pacienții în mod eficient. Pe de altă parte, acesta poate fi și un exemplu de tratament eșuat. Este deci o întrebare legitimă aceea cu privire la măsura în care problema aparține doar doctorului Smith. A ajuns el la cel mai înalt nivel de competență pe care se poate aștepta în mod rezonabil să îl atingă?

Epstein și Hundert (2002) au definit *competența* ca fiind „utilizarea în mod obișnuit și judicios a comunicării, cunoștințelor, abilităților tehnice, judecății clinice, valorilor și reflecției în practica zilnică în beneficiul persoanelor și grupurilor de persoane în serviciul cărora ne aflăm" (p. 226). Noi credem că este util să gândim competența ca pe un proces care implică strategii uzuale sau distale pe care psihologii le execută în fiecare zi și strategii proximale sau specifice fiecărui caz, care necesită o judecată rațională cu privire la momentul în care să fie folosite sau în ce mod. În Tabelul 3.1. oferim spre ilustrare câteva exemple de diferențe între strategiile distale și cele proximale.

Tabelul 3.1. Compararea diferențelor dintre strategiile distale și cele proximale

Abilitatea	**Strategia distală (uzuală)**	**Strategia proximală (judicioasă)**
Cunoștințe	Educația continuă permanentă cu privire la tendințele generale din domeniu; anticiparea problemelor ce apar în mod frecvent în aria de activitate	Obținută din consultații (informații generice cu privire la anumite tipuri de probleme) sau informații specifice pacientului primite de la pacient (prin stabilirea colaborării) sau prin contacte colaterale (prin măsuri de protecție suplimentare)
Competență emoțională (autoreflecție)	Dezvoltarea obiceiurilor de reflecție, inclusiv de construire a unei proceduri de a primi în mod regulat feedback cu privire la performanțele obținute	Feedbackul cu privire la interpretare obținut prin consultație, feedback de la pacient (prin stabilirea colaborării) sau poate din surse suplimentare de informație (contacte colaterale); documentarea poate fi de asemenea utilizată ca oportunitate pentru autoreflecție

Competență emoțională (grijă față de sine, autoreglare)	Dezvoltarea unor uzanțe permanente de grijă față de sine; crearea unui mediu de sprijin pentru autoîngrijire; accent pe prosperitate	Disponibilitatea unor strategii de gestionare a stresului; accesibilitatea resurselor emoționale pentru a face față crizelor; accesibilitatea resurselor practice de ajutor
Fundamente morale	Studiul continuu al eticii și reflecția asupra valorilor; anticiparea problemelor de etică ce pot apărea	Păstrarea sensibilității față de aspectele etice care apar în situații cu risc înalt

Strategii distale de optimizare a calității

Unii consideră că etica este un mijoc de a rezolva, din când în când, unele aspecte profesionale importante. Noi considerăm că ea este un proces de luare a zeci de decizii, în fiecare zi. În această secțiune aruncăm o privire asupra strategiilor distale, care reprezintă obișnuințele permanent prezente în practica noastră profesională. Crowley și Gottlieb (2012) se referă la aceste strategii ca reprezentând o *prevenție primară în gestionarea riscului,* deoarece realizăm aceste acțiuni „cu mult înaintea unei dileme etice" (p. 67). Adeseori ele presupun „acumularea de resurse și abilități înainte de apariția unui factor stresor" (p. 67). Privind retrospectiv situațiile de transgresare a unor principii etice, observăm uneori un tipar care reapare de-a lungul lunilor sau anilor, atunci când psihologii nu reușesc să își dezvolte

 obișnuințele de practică de care au nevoie. Ca rezultat, performanța lor scade gradual, uneori fără chiar ca ei să conștientizeze acest fapt.

Orice lucru pe care psihologii îl fac în mod regulat pentru a-și extinde sau întreține competența informațională, tehnică sau emoțională poate fi considerat o strategie distală. Adeseori acest proces de întreținere le impune psihologilor să aplice asupra lor înșile principiile de bază ale menținerii unei bune sănătăți mentale. Redactând această secțiune, suntem conștienți de pericolul ca tot ceea ce comentăm aici să li se pară unora un îndemn banal de a realiza acte benefice evidente, cum ar fi îndemnul adresat psihologilor de a mânca sănătos sau de a se educa permanent prin participare la cursuri de formare continuă. Totuși, experiența noastră ne spune că mulți psihologi subapreciază influența pe care anumiți factori o au asupra competenței lor. Înțelegând faptul că acești factori nu sunt singura modalitate de clasificare a influențelor respective și că ei se pot suprapune într-o măsură considerabilă, îi analizăm în continuare pe câțiva dintre cei mai evidenți: cultivarea sensibilității morale, anagajarea în comportamente de îngrijire a propriei persoane, autoreglare și reflecție; selectarea mediilor favorabile și anticiparea problemelor.

Cultivarea sensibilității morale

Copacii înalți au rădăcini adânci, iar clădirile înalte trebuie să aibă fundații puternice. Psihologii pot acționa în mod etic cu mai mare probabilitate dacă aderă la tradiții etice puternice și explicite la care se pot raporta indiferent dacă aceste tradiții sunt rezultatul educației religioase, al celei primite în familie, al

experiențelor de viață sau al studierii formale, academice, a filosofiei. Psihologii cu tradiții etice puternice pot fi mai sensibili la problemele etice care apar în practică și pot formula mai bine răspunsuri utile, identificând argumentele și arătând care este rezolvarea necesară în cazul unor decizii dificile.

Stimularea curajului moral

Psihologii se pot sprijini și pe fundamentele etice pentru a lua hotărârea să se arate curajoși din punct de vedere moral — adică să facă ceea ce ei știu că este corect. Până la urmă, este în natura umană alegerea căii mai ușoare și evitarea acțiunilor care pot conduce la confruntări sau dificultăți. Să considerăm acest exemplu:

Un supervizat dificil

Dr. Graham avea dovezi puternice că psihologul practicant pe care îl superviza într-o anumită instituție nu se ridica la nivelul standardelor minime ale profesiei. Practicantul întârzia în mod frecvent cu predarea rapoartelor, lipsea de la multe ore de practică fără nicio motivație și primea aprecieri slabe din partea pacienților. În plus, practicantul dădea dovadă de o slabă înțelegere profundă a problemelor pe care le avea, nu era receptiv la feedbackul constructiv și nu își îndeplinise cele câteva obiective din planul informal de remediere pe care fusese de acord să îl urmeze. Dr. Graham trebuia să decidă dacă să îi dea practicantului o notă care să îi permită să avanseze la următoarea treaptă de supervizare, să îi dea o notă mai mică, ceea ce i-ar fi întârziat în mod semnificativ avansarea în profesie, sau să se adreseze organizatorilor programului pentru a lua în considerare organizarea unui examen de corigență, care ar fi putut duce eventual chiar la eliminarea practicantului din program.

Pentru dr. Graham este clar că nu trebuie să îi dea studentului o notă de trecere. Ea mai știe și că o notă mică nu ar fi suficientă pentru ca psihologul practicant să primească ajutorul de care ea simțea că el are nevoie. Pe de altă parte, ea simte și că examenul de corigență și posibila eliminare a acestuia sunt o măsură oarecum extremă. Impulsul inițial al doctorului Graham ar putea fi acela de a-i da practicantului o notă de trecere și, astfel, să scape de el. Până la urmă, ea se poate gândi că un alt supervizor de-a lungul programului de supervizare va observa problemele și se va ocupa de ele înainte ca studentul să fi absolvit integral supervizarea (W.B. Johnson și alții, 2008). Dacă se hotărăște să îl elimine, ea își poate face griji cu privire la posibile reclamații din partea lui, la calitatea dovezilor ce i-au justificat decizia și la efectul pe care această eliminare îl poate avea asupra stării de spirit din instituție și asupra celorlalți psihologi supervizați. Sau poate că a investit atât de mult în acest elev încât acum nu vrea să admită că pur și simplu acesta nu are capacitatea de a lucra corespunzător, sau nu vrea să se confrunte cu posibilitatea de a fi percepută ca un supervizor care nu a abordat problema mai devreme sau mai eficient. Uneori este dureros să faci ceea ce este corect.

Oricât de stresantă a fost această situație, dr. Graham a avut capacitatea de a iniția procedurile formale bazate pe convingerile sale morale profunde. Obligația pe care simțea că o are, de a proteja publicul asigurându-se că doar oamenii calificați intrau în profesie, a prevalat asupra celorlalte considerente privitoare la confortul propriu, rușine sau amenințări.

Oamenii cu cele mai puternice fundamente morale pot fi mai înclinați să accepte faptul că problemele etice sunt complicate și că cea mai bună decizie este adesea cea care păstrează echilibrul între interesele aflate în conflict, într-o atmosferă de incertitudine. Cei care se concentrează doar asupra unui singur aspect al situațiilor dificile pot lua decizii care sunt mai puțin bune sau chiar dăunătoare. Psihologii care acționează exclusiv pe baza principiului stării de bine, de exemplu, pot deveni mult prea paternaliști din cauză că ei nu dau aprecierea cuvenită importanței pe care o are respectarea autonomiei pacientului. Un alt mod de a exprima acest lucru poate fi acela de a considera că este mai bine să acționezi pe baza mai multor principii decât pe baza unuia singur. „Poziționarea într-un singur principiu poate fi o poziție fără principii" (Knapp, 2011b, p. 5).

Unii psihologi, de exemplu, pot avea o credință atât de puternică într-un aspect social singular, încât ei încearcă să le bage pe gât pacienților propriile lor credințe, riscând astfel să afecteze calitatea tratamentului. Acest tip de activitate, numită *susținere intruzivă* (Pope și Brown, 1996), poate implica, de exemplu, încurajarea cu tărie a unei paciente adulte de a depune o plângere penală împotriva cuiva care a abuzat-o sexual cu foarte mulți ani în urmă. Deși o asemenea poziție poate fi preferată din cauza beneficiilor pe care le poate avea societatea prin expunerea abuzatorului sexual, specialiștii trebuie să aibă grijă ca interesul lor pentru siguranța publică să fie ponderat cu respectul față de autonomia pacientului.

Încurajarea autoîngrijirii, autocontrolului și autoreflecției

Acestea sunt unele dintre cele mai importante obiceiuri care pot promova excelența etică. Încurajarea lor este unul dintre obiectivele majore ale programelor de formare în psihologie.

Grija față de sine

Grija față de sine nu este o atitudine egoistă; dimpotrivă, oamenii care se îngrijesc pe ei înșiși și își mențin starea emoțională pozitivă și rețelele sociale și personale puternice sunt mai înclinați să se arate interesați de alți oameni. Fredrickson (2009) și alții au arătat că emoțiile pozitive sunt asociate cu relații mai bune cu ceilalți, obiceiuri de muncă mai eficiente și abilități mai bune de rezolvare a problemelor. Considerăm că o atitudine de grijă față de propria persoană îmbunătățește comportamentul etic. Psihologii care nu sunt atenți sau nu conștientizează influențele oboselii, bolii sau emoțiilor disfuncționale pot acționa lipsit de etică în diferite moduri, inclusiv prin oferirea unor servicii de o calitate sub standardele profesionale. Să luăm următorul exemplu:

O reacție exagerată

Dr. Robinson trecea printr-un divorț și s-a trezit că se enervează extrem de tare pe un anumit pacient bărbat pe care ea îl percepea ca purtându-se fără respect față de soția lui. În mod obișnuit, dr. Robinson i-ar fi semnalat de îndată pacientului comportamentul respectiv într-o manieră terapeutică și susținătoare. Totuși, ea a ales să păstreze tăcerea pentru a evita

propria explozie verbală. Din fericire, dr. Robinson avea un nivel de autocunoaștere suficient de bun pentru a-și da seama că reacția ei era problematică. Mai târziu în aceeași zi, ea a făcut o programare la terapie pentru ea însăși.

Pentru psihologi, emoțiile sunt precum canarul minerului din mina de cărbune[12] care îi avertizează când apare un pericol. În mod ideal, psihoterapeuții intră în ședința de terapie aflându-se într-o stare de calm și pot atribui schimbările emoționale interacțiunilor pe care le au cu pacienții. Totuși, dacă intră în ședința de terapie aflându-se deja într-o stare de stres și tumult afectiv, ei pot avea o tendință mai pronunțată de a face interpretări eronate și de a reacționa exagerat față de comportamentul pacienților problematici.

Psihologii își pot construi reziliența astfel încât o zi extenuantă să nu ducă la o catastrofă. De exemplu, le poate fi mai ușor să ia decizii bune dacă au avut doar o zi proastă după un sfârșit de săptămână odihnitor decât dacă ziua proastă vine după câteva săptămâni de stres puternic și zbatere afectivă din cauza tensiunilor personale sau profesionale. Psihologii sunt diferiți în ceea ce privește modalitățile de relaxare și nu este scopul nostru aici să producem un meniu cu asemenea activități, excepție făcând menționarea faptului că psihologii trebuie să decidă în mod deliberat să încorporeze asemenea activități în programul lor zilnic.

[12] În trecut, minerii duceau cu ei în subteran colivii cu canari care, sensibili la concentrații foarte mici de gaze, mureau când apăreau acumulări de gaze de mină, semnalându-le minerilor pericolul și ajutându-i astfel să se salveze. (*N. t.*)

Pacienții spun adeseori lucruri care le produc dezgust, furie sau alte asemenea emoții specialiștilor. Uneori, pacienții pot chiar în mod intenționat să caute să provoace o anumită reacție din partea psihologilor lor. A fi un psiholog bun necesită un puternic autocontrol și o atenție acordată stărilor emoționale interne. Psihologii trebuie să își aleagă cu atenție cuvintele, iar uneori să se abțină să dezvăluie spontan sentimente și gânduri. Dar capacitatea de autoreglare este limitată și poate fi erodată de oboseala fizică sau psihică. Conform *teoriei depleției eului* (Baumeister și Tierney, 2011), prea multă energie consumată într-o zonă duce la mai puțină energie disponibilă pentru alte arii de activitate. Chiar și nivelul zahărului din sânge poate influența funcționarea organismului. Baumeister și Tierney (2011) au folosit expresia „fără glucoză, fără putere de voință" (p. 49) pentru a exprima faptul că natura alimentelor pe care oamenii le consumă pe parcursul unei zile le poate influența nivelul de autoreglare. De asemenea, sentimentele care pot fi gestionate atunci când persoana este bine odihnită pot părea mai puternice și mai greu de gestionat atunci când aceeași persoană este obosită.

Autoreflecția

Wilkinson, Wade și Knock (2009) au afirmat că o componentă centrală a profesionalismului este „un angajament din partea practicianului respectiv de a se automonitoriza și autoperfecționa" (p. 551). Puține sunt calitățile care pot fi de un ajutor pe măsura celui pe care îl oferă psihologilor capacitatea de a reflecta asupra propriului comportament cu un anumit grad de

obiectivitate și aceea de a recunoaște efectul comportamentului personal asupra altora. Autoreflecția se poate concentra pe abilitățile tehnice, pe fondul de cunoștințe, pe competența culturală sau pe alte aspecte ale sinelui profesional.

Toți oamenii, nu doar cei cu tulburări de personalitate, sunt vulnerabili la autoamăgire și încredere exagerată în sine. Cei mai mulți își supraestimează capacitățile și adeseori cred că sunt mai virtuoși, mai arătoși sau mai inteligenți decât sunt în realitate (Epley și Dunning, 2006). Aceste autoamăgiri sunt în mod obișnuit benigne; totuși, în context profesional, autoamăgirea poate fi dăunătoare. De exemplu, Davis și alții (2006) au constatat că o anumită categorie de medici își supraestimează în mare măsură nivelul de abilități deși, în realitate, ei se află sub nivelul mediu. Younggren (2007) a numit această tendință de supraestimare a abilităților *narcisism profesional.* Alexander, Humensky, Guerrero, Park și Loewenstein (2010) au observat că narcisismul este legat de o tendință a medicilor de a manifesta o atitudine mai defensivă. Autoreflecția este un antidot pentru încrederea în sine exagerată și autoamăgire.

Supervizorii buni îi pot ajuta pe studenții lor să reflecteze cu privire la propriile lor puncte tari și slabe și să internalizeze angajamentul față de automonitorizare și perfecționare. Supervizorii pot modela autoreflecția gândind cu voce tare, cerându-le studenților să reflecteze, cerându-le să țină jurnale de autoreflecție sau să scrie eseuri, încurajându-i să practice starea de *mindfulness* (concentrare asupra prezentului) și îndemnându-și studenții să-și dezvolte obiceiul de a solicita feedback din partea colegilor (de exemplu, în grupuri de intervizare) sau a pacienților (de exemplu, feedback nestructurat pe parcursul tratamentului, măsurători formale ale rezultatelor etc.). În mod ideal,

 după terminarea cursurilor de formare, psihologii vor continua să își cultive obiceiurile de autoreflecție.

Importanța autoreflecției aprare evidentă în prezentarea grupurilor de intervizare de terapie comportamental-dialectică (TCD). Conform lui Koerner (2012), în aceste grupuri:

> *Terapeutul este clientul.* Terapeutul se dezvăluie pe *sine însuși sau însăși,* concentrându-se explicit asupra punctelor în care îi este greu să se ridice la cel mai înalt nivel de calitate în aplicarea unei terapii TCD. Echipa lucrează cu terapeutul sau terapeuta pentru a-i stimula motivarea și capacitățile; echipa aplică TCD terapeutului. O echipă de TCD cu o bună funcționare seamănă cu un grup eficient de oameni de știință sau artiști colaboratori care se întâlnesc pentru a-și îmbunătăți metodele de lucru oferindu-și unii altora opiniile avizate (pp. 184-185; sublinierile din original).

Crearea sau alegerea mediilor de lucru etice

Psihologii își pot îmbunătăți rezultatele și prin alegerea unor medii de lucru care să le susțină propriile valori. Desigur, este mai ușor de zis decât de făcut, din cauză că unii psihologi începători pot avea oportunități limitate de acces în diferite programe de stagiu sau la repartiții postdoctorale pe posturi de lucru adecvate. Chiar și psihologii autonomi pot eșua în obținerea unor poziții pe care și le doresc foarte mult și se pot mulțumi cu posturi mai puțin bune. Asemenea medii de lucru pot produce situații de stres suplimentar și pot afecta inclusiv luarea deciziilor etice. De exemplu, psihologii se pot afla în situația de a lucra în medii în care comportamentele lipsite de etică sunt tolerate sau chiar încurajate. În asemenea situații,

chiar și cei care au cele mai bune intenții pot constata cum calitatea etică a activității lor se poate degrada.

Are o mare valoare faptul că un specialist se poate vedea ca parte a unui sistem în care fiecare membru caută să stimuleze bunăstarea altora. De exemplu, un membru al personalului administrativ l-a observat pe un psiholog oprind radioul din sala de așteptare, fără a-și da seama că acest lucru le permitea unora dintre pacienți să audă conversațiile confidențiale din cabinetul de alături. Din fericire, acea persoană s-a simțit îndreptățită să îi atragă atenția psihologului cu privire la consecințele acțiunii lui și să corecteze problema înainte să fi apărut vreo situație de încălcare a vreunei norme etice. Funcționarul fusese instruit corespunzător și înțelegea că preocuparea pentru respectarea confidențialității trebuia să vină din partea tuturor, inclusiv a personalului administrativ.

Este de ajutor să fim *vigilenți față de regulile cadrului* sau atenți la factorii situaționali sau de mediu care pot influența oamenii să acționeze într-o manieră mai puțin optimă (Zimbardo, 2007). Psihologii pot crea, de asemenea, medii structurate pentru a susține caracteristicile pe care doresc să le promoveze la ei înșiși și la mediul lor de lucru. Ei pot stimula motivația etică implicându-se într-o comunitate sau rețea socială care valorizează reflecția etică și susține comportamentul etic. „Precum cărbunii din șemineu, ne putem păstra adecvarea etică rămânând în contact unii cu alții" (Kidder, 2009, p. 55). Să reflectăm asupra următorului exemplu:

Psihologii debutanți formează un grup de lucru

Câțiva tineri psihologi au început de curând să lucreze într-o instituție mare de profil care se baza pe plata cu ora

a personalului și acorda prea puțină atenție moralității sau calității serviciilor prestate. Conducerea instituției nu încuraja consultările între colegi și nici nu voia să audă despre cazuri problematice decât în situațiile în care ar fi fost anagajată răspunderea legală a instituției. Cu toate acestea, acești tineri psihologi și-au format propriul grup de consultații în afara cadrului instituției; acolo, ei s-au putut debarasa de stresul mediului de lucru și și-au putut potența unii altora resurse importante.

Anticiparea problemelor

În mod ideal, psihologii care se confruntă cu situații tensionate din punct de vedere etic nu sunt luați chiar prin surprindere (mai exact, ei nu trec printr-o ambuscadă morală), ci pot anticipa unele aspecte frecvent întâlnite. De exemplu, atunci când psihologii lucrează cu familii cu risc înalt, este probabil să se confrunte cu situații în care vor fi suspectate sau reclamate abuzuri sau situații în care părinții încearcă să îi atragă în alianțe în cadrul unor dispute urâte cu privire la custodia minorilor. Cei care lucrează cu adolescenți înțeleg că tinerii din această categorie de vârstă se pot angaja în comportamente riscante.

O parte a anticipației este de ordin cognitiv; psihologii trebuie să cunoască legile aplicabile, standardele etice și informațiile clinice relevante pentru cazul respectiv. Totuși, o altă parte a anticipației este de natură afectivă; psihologii trebuie să fie pregătiți să se confrunte cu emoții puternice, în stare să-i devieze de la obligațiile lor etice. Asemenea emoții intense de furie, frustrare sau teamă, dar și emoțiile mai blânde, cum sunt afecțiunea și preocuparea pentru un altul, pot conduce la conduite lipsite

de etică dacă psihologii nu le monitorizează și nu le canalizează în mod adecvat. Să luăm în considerare următorul exemplu:

Un psiholog bun

Dr. Garcia era tipul de psiholog care nu ar face niciodată nimic greșit; colegii o descriau cu afecțiune ca fiind inflexibilă în unele aspecte. Cu toate acestea, dr. Garcia a constatat că are instincte materne puternice față de un tânăr pacient aflat la acel moment în plasament maternal. Poate că pierderea de curând a unei sarcini era un factor care provoca în ea o reacție atât de puternică.

În mod similar, unii psihologi bărbați sunt înclinați să se îndrăgostească sau să fie profund atrași de câte o pacientă, ajungând să se convingă că ea este sufletul lor pereche. Psihologii prudenți, precum dr. Garcia din cazul de mai sus, vor face un pas înapoi și-și vor spune: „Stai puțin, trebuie să vorbesc cu cineva despre asta" ori de câte ori simt emoții atât de puternice.

Când aud despre psihologi care au acționat în manieră mai puțin optimă, studenții la psihologie și-ar putea spune: „Eu nu voi face niciodată așa ceva". Cu toate acestea, este ușor pentru studenții care stau liniștiți într-o sală de clasă să declare că ei nu ar lăsa niciodată emoțiile să îi devieze de la îndeplinirea obligațiilor profesionale. Sugerăm ca formatorii să le povestească celor pe care îi formează despre conflictele din trecutul lor personal, pentru a le da acestora exemple veritabile de smerenie și prudență.

Strategii proximale de optimizare a calității

Strategiile *distale* reflectă comportamentul uzual, în timp ce strategiile *proximale* abordează aspecte care sunt mai urgente și mai relevante doar pentru anumite cazuri particulare, în care riscul de eșuare a tratamentului sau de rezultat negativ este mare. Psihologii pot folosi aceste strategii atunci când se confruntă cu situații urgente și trebuie să își maximizeze rapid resursele. Privind în urmă la psihologi care au trecut cu succes prin situații dificile, constatăm că, adeseori, ei și-au maximizat rapid resursele atunci când s-au confruntat cu situații dificile. Ei sunt mereu în alertă față de situațiile care pot duce la eșecul unei terapii și știu care sunt strategiile care pot maximiza rata de succes.

Uneori psihologii decid să folosească strategiile de optimizare proximală a calității după ce au lucrat un timp cu pacienții respectivi, iar pacienții par să fie expuși riscului de eșec al tratamentului. Alteori, psihologii pot folosi aceste strategii încă din primele etape ale tratamentului — uneori chiar din prima ședință — dacă pacienții prezintă istorii de viață care sugerează un risc crescut de eșec al tratamentului, cum ar fi unele evenimente proeminente din istoria copilăriei lor (de exemplu, traume sau abuzuri asupra copilului), probleme serioase cu funcționarea lor în prezent în mediul familial (de exemplu, înstrăinarea de ceilalți membri ai familiei), o istorie medicală dificilă (de exemplu, afecțiuni fizice grave, cronice și comorbide), dificultăți cu legea sau alți factori legați de problemele sau circumstanțele de viață prezente (Knapp și Gavazzi, 2012b).

Cele patru strategii de optimizare a calităţii sunt *implicarea în tratament* (*empowered collaboration*)[13], încercându-se prin aceasta participarea maximă a pacientului în procesul terapeutic; *consultarea,* care optimizează calitatea tratamentului prin utilizarea tuturor resurselor de obţinere a unor informaţii suplimentare; *mijloace de protecţie suplimentară,* care furnizează surse suplimentare de informaţie sau ajută la verificarea din mai multe surse a informaţiilor necesare în luarea deciziilor, şi *consemnarea,* care asigură protecţia din punct de vedere legal şi de asemenea poate creşte acuitatea mentală şi gradul de autoconştientizare al clinicianului.[14] Vorbind în general, aceste strategii trebuie să fie implementate cu cât mai multă transparenţă posibil şi trebuie să îi ajute pe psihologi să îşi crească nivelul de autoreflecţie.

Aceste strategii se bazează pe principiile etice generale. Acestea contribuie la maximizarea beneficiilor şi evitarea daunelor. În măsura în care implicarea în terapie presupune, de exemplu, ca pacienţii să participe la luarea deciziilor privitoare la tratamentul lor, ea reflectă şi principiul etic al respectării autonomiei pacientului. Strategiile proximale şi distale de optimizare a calităţii sunt sinergetice: un tip de strategie poate determina creşterea eficienţei celuilalt. De exemplu, reflecţia care poate apărea pe parcursul documentării poate inspira un psiholog să ia în considerare metode prin care pacientul ar putea deveni mai implicat în tratament (implicarea în tratament). Sau un supervizor poate sugera şi alte măsuri suplimentare de protecţie unui psiholog care îi cere o consultaţie.

[13] Îi mulţumim lui Edward Zukerman pentru sugerarea acestui termen.

[14] Eric Harris le-a prezentat iniţial ca strategii de management al riscului (el le-a numit *cataplasme*) în Bennet şi alţii (2006).

Aceste strategii proximale de optimizare a calității contrastează cu strategiile de gestionare a riscului stimulate de frică și care adeseori slăbesc sau distorsionează relația psiholog-pacient. În unele cazuri, ele pot chiar să ducă la creșterea riscului de a dăuna pacienților, precum și la suspiciuni cu privire la comportamente lipsite de etică. Adeseori aceste abordări folosesc termeni absoluți, precum *întotdeauna* sau *niciodată*. Knapp, Younggren, VandeCreek, Harris și Martin (2013) au afirmat că „orice așa-zisă strategie de gestionare a riscului care îți spune să faci ceva ce ar putea să îi dăuneze pacientului sau care încalcă un principiu moral trebuie să fie gândită" (p. 32). De exemplu, un superior le-a dat tuturor terapeuților din secția pe care o conducea instrucțiunea ca *întotdeauna* să îi pună pe pacienții care au chiar și cel mai mic gând de suicid să semneze un formular standard de contract de nonsuicid. Edward și Sachmann (2010) nu au găsit totuși în studiile lor nicio dovadă că aceste așa-numite contracte de nonsuicid ar reduce cu adevărat probabilitatea de sinucidere. Rudd, Mandrusiak și Joiner (2006) au susținut, în mod similar, că accentul exagerat pus pe contracte de asigurare anteformulate și standardizate poate fi fără nicio valoare sau chiar contraindicat din punct de vedere clinic. Alocarea unui timp nedeterminat pentru a-l convinge pe pacient să semneze un asemenea acord poate fi cu atât mai contraindicată dacă generează lupte de putere între pacienți și psihologii lor sau dacă pacienții au impresia că psihologii sunt mai interesați de propria lor expunere juridică decât de starea de bine a pacientului. Orice așa-zis beneficiu al contractelor de nonsuicid este doar un mit dăunător. Astfel, niciun contract de nonsuicid nu poate fi justificat decât dacă este ancorat în principiile etice generale, cum sunt promovarea stării de bine a pacientului sau respectul

față de autonomia acestuia. Psihologii trebuie să folosească aceste instrumente respectând principiul consimțământului informat al pacientului, ca parte a unei strategii generale de acordare a celei mai bune îngrijiri pacientului respectiv.

Alte principii false ale gestionării riscului sunt recomandarea de a „nu atinge niciodată un pacient" și cea de „a nu folosi niciodată autodezvăluirea" (Knapp, Younggren și alții, 2013, p. 33). Da, unii pacienți cu probleme interpersonale grave sau cu un istoric de abuz pot interpreta greșit chiar și contactul fizic benign sau autodezvăluirile cu indicație terapeutică. În consecință, discreția este importantă atunci când decidem pe care pacient să îl atingem (sau să-l îmbrățișăm) și față de care pacient să tolerăm un anumit nivel și tip de autodezvăluire. Standardul cu privire la atingere sau îmbrățișare trebuie să rămână măsura în care acestea sunt adecvate și de ajutor pentru tratamentul general al pacientului. Etica nu trebuie transformată într-un „zid de beton" care ne ferește „de conexiunile umane" (Brown, 1994, p. 276).

Implicarea în tratament (consimțământul informat)

Consimțământul informat este impus prin Codul Etic al APA, Legea privind Asigurările de Sănătate Garantate și Obligatorii[15] și cele mai multe dintre legile statelor americane. Utilizarea termenului în contextul acestei cărți depășește însă cu mult aceste standarde minime, întrucât acesta presupune implicarea pacientului în cât mai multe dintre deciziile privind tratamentul său, care nu sunt impuse de indicațiile clinice. O asemenea colaborare nu este un eveniment punctual, la începutul tratamentului,

[15] *Health Insurance Portability and Accountability Act*, în engleză în original. (*N. t.*)

ci un proces permanent care continuă pe toată durata tratamentului, mai ales pe măsură ce obiectivele și procedurile terapeutice se modifică odată cu progresul tratamentului.

Implicarea în tratament este un bun exemplu de suprapunere între abilitățile clinice de bună calitate și excelența etică. Implicarea pacienților în deciziile importante cu privire la tratament este în concordanță cu respectarea autonomiei lor în luarea deciziilor. De asemenea, generează o bună relație de lucru în care pacienții se simt liberi să discute aspecte care îi preocupă. Integrarea preferințelor pacientului în obiectivele tratamentului este o strategie bazată pe rezultate concrete, care corelează cu rezultatele pozitive ale terapiilor și cu o rată mai mică a abandonului prematur al tratamentului (Swift și Greenberg, 2014; Tompkins, Swift și Callahan, 2013).

De asemenea, poate fi de mare ajutor și obținerea de la pacienți a cât mai multor informații cu privire la modul cum funcționează alianța terapeutică și terapia în sine, poate chiar și cu ajutorul unor instrumente de evaluare formală (Reese, Slone și Miserocchi, 2013) sau cel puțin prin întrebări directe. Dacă tratamentul nu progresează, psihologii își pot spori eforturile în sensul optimizării implicării în tratament a pacientului. În cazul clinic prezentat la începutul acestui capitol, dr. Smith avea o pacientă care nu făcea progrese în tratament, aparent fără vreun motiv evident, chiar dacă medicul aplica o metodă, tratament care fusese validată empiric. În această situaţie, dr. Smith ar fi putut discuta lipsa progresului cu pacienta sa. Printre întrebările pe care i le-ar fi putut adresa, le-ar fi putut avea în vedere pe următoarele:

- Este de acord pacienta cu obiectivele stabilite ale tratamentului?

- S-a schimbat motivația pacientei din vreun motiv oarecare?
- Este necesară o reevaluare a obiectivelor tratamentului?
- S-au schimbat circumstanțele de viață ale pacientei?
- Înțelege pacienta care sunt opțiunile alternative de tratament, cum ar fi medicația?
- Înțelege pacienta cu adevărat temele pentru acasă și rațiunea lor, sau le face doar pentru că i se cere acest lucru?
- Sunt discutate aceste aspecte într-un mod care o încurajează pe pacientă să exprime liber ceea ce gândește?

Implicarea în tratament a copiilor și adolescenților presupune unele elemente suplimentare. Să analizăm următorul exemplu:

Un copil nerespectuos

Un părinte și-a adus copilul pentru terapie la dr. Boyer. Problema reclamată este faptul că acest copil se comportă nerespectuos și că își bate sora. Totuși, evaluarea făcută de dr. Boyer a arătat că acel copil avea o depresie destul de severă; ea a considerat, astfel, că acel comportament ce era calificat de alții drept inadecvat și „lipsit de respect" avea în realitate un grad scăzut de gravitate, fiind un indicator al iritabilității specifice depresiei. Cum ar trebui dr. Boyer să procedeze în continuare în luarea deciziei privind obiectivele de tratament ale acestui copil?

Așa cum am arătat în Capitolul 2, părinții, copiii și psihologii, în mod frecvent, nu cad de la bun început de acord cu privire la obiectivele tratamentului, iar părinții adeseori nu sunt de acord nici între ei. Asemenea decizii necesită sensibilitate față de nevoile și perspectiva părinților și adeseori necesită găsirea unui

acord de compromis înainte ca psihologii să poată continua tratamentul cu vreo șansă de succes. Dr. Boyer s-ar putea afla în siutația ciudată de a considera că tratamentul a avut succes pentru că din punctul său de vedere obiectivele au fost atinse, și cu toate acestea, din perspectiva pacientului sau a părinților, tratamentul să fie considerat un eșec, pentru că obiectivele lor nu au fost atinse.

Așa cum observam în Capitolul 2, chiar și atunci când copiii și adolescenții nu au capacitatea legală de a-și da consimțământul cu privire la tratament, este în concordanță cu principiul etic general al respectării deciziei pacientului să le fie cerut totuși acordul. În plus, cererea acordului încurajează implicarea pacientului, ceea ce poate crește calitatea tratamentului. Solicitarea acordului poate include prezentarea de informații, permisiunea acordată copiilor de a pune întrebări și structurarea relației după preferințele copiilor. Chiar și atunci când terapia a fost ordonată prin hotărâre judecătorească, psihologii tot pot lua în considerare preferințele infractorilor juvenili înainte de a începe o terapie (Dewey și Gottlieb, 2011). Obținerea consimțământului unui adolescent poate necesita diplomație și compromis. O psihologă a acceptat obiectivul sugerat de pacienta ei: „Să mi-i ia pe părinții mei de pe cap", ceea ce i-a permis să poată discuta cu tânăra adolescentă despre problemele pe care le avea aceasta cu părinții ei. O altă psihologă i-a dat unei paciente adolescente permisiunea de a „o concedia", cu condiția să acorde mai întâi psihoterapiei o lună ca să vadă dacă terapia funcționează și să vină la acele ședințe.

Psihologii pot facilita colaborarea eficientă prin realizarea procesului de decizie împreună cu pacienții într-o manieră deschisă și cu tact. De exemplu, a-i spune unei paciente că are

o tulburare de personalitate borderline este, în sine, departe de a fi de vreun ajutor. A o ajuta însă pe pacientă să înțeleagă că problemele cu care se confruntă sunt stările fluctuante de dispoziție și impulsivitatea, care la rândul lor generează comportamentul ei interpersonal disruptiv, poate fi însă mult mai util. Implicarea în tratament poate apărea ciar și în situațiile în care psihologii acționează ca evaluatori și nu ca psihoterapeuți. Evaluările cu consecințe externe pot crește riscul legal pentru psihologi; rezultatele evaluării pot aduce daune intereselor celor examinați dacă în urma evaluării aceștia pierd șanse de promovare profesională sau nu obțin o nouă slujbă, sau pierd custodia copiilor. În asemenea cazuri, pacienții supărați pot reacționa făcând tot felul de reclamații împotriva psihologului respectiv. Aceste evaluări se deosebesc de terapie prin faptul că scopul lor este acela de a furniza informații unei părți terțe (de exemplu un viitor angajator, o instanță de judecată), și nu de a promova starea de bine a pacientului. Cu toate acestea, psihologii pot reduce riscul furiei și deazmăgirii celor evaluați dacă sunt foarte deschiși în explicarea scopului și utilizării evaluării, atât verbal, cât și în scris. Un proces de informare bine realizat poate include și discuții cu privire la emoțiile și conflictele pe care le-ar putea resimți persoanele examinate.

Consultarea

Să ne reîntoarcem la exemplul cazului doctorului Smith, prezentat la începutul acestui capitol. Dacă el ar fi căutat să se consulte cu cineva atunci când a observat că terapia bate pasul pe loc, el ar fi putut primi informații sau interpretări noi ale diferitelor aspecte clinice. O consultare cu un coleg sau supervizor

 l-ar fi putut ajuta, de asemenea, să reducă gradul de agitație emoțională proprie și să analizeze cu mai multă claritate diferitele posibilități.

În cazul doctorului Smith o acțiune adecvată poate fi și o consultație cu un specialist cu privire la propriile sale sentimente față de pacientă și față de natura alianței terapeutice (Castonguay, Constantino și Holtforth, 2006). Consultațiile implică adeseori discutarea factorilor emoționali sau relaționali, pentru că pacienții evocă în mod frecvent anumite tipuri de emoții în sufletele psihologilor care îi tratează. Unele reacții emoționale sunt blânde (de exemplu, „Mă enervează ceva la pacientul acela" sau „Mi se pare că îmi place de tipa aceasta"). Totuși, uneori sentimentele pot deveni intense. Consultanții trebuie să îi ajute pe psihologi să discute aceste sentimente intense și să nu le treacă cu vederea. Într-un articol plin de umor, Gordon (1997) spunea că, dacă ar realiza vreodată un chestionar de evaluare a psihologilor de tipul scalei MMPI a minciunii, acesta ar include itemi precum: „Ați avut vreodată sentimente sexuale față de vreun pacient?" sau: „Ați simțit vreodată nevoia să înjurați un pacient?" (p. 19).

Gottlieb, Handelsman și Knapp (2013) au grupat tipurile de consultație în patru categorii în funcție de gradul lor de dificultate. *Consultațiile de nivelul 1* sunt simple cereri de informare factuală și pot dura doar câteva minute, deși complexitatea consultației poate crește în funcție de datele factuale ale cazului. *Consultațiile de nivelul 2* pot începe cu întrebări directe, care devin tot mai complexe, din cauză că solicitanții consultației nu cunoșteau dinainte anumite date privitoare la aspectele legale, etice și/sau clinice care le pot afecta deciziile. *Consultațiile de nivelul 3* sunt adeseori, dar nu și în mod obligatoriu, mai

complexe din punct de vedere etic sau legal decât aspectele de nivelul al doilea. Totuși, natura acestor probleme le produce în mod frecvent stres puternic celor care solicită consultația și/sau incapacitatea de a analiza cu claritate situația cu care se confruntă; cu toate acestea, ei sunt receptivi la feedback. Circumstanțele factuale corespunzătoare *consultațiilor de nivelul 4* pot să nu fie cu mult mai complexe decât cele din categoria consultațiilor de nivelul al treilea, dar reperul pentru încadrarea în nivelul 4 constă în faptul că solicitanții consultației nu recunosc că au nevoie de ajutor și/sau manifestă rezistență față de acceptarea lui, din cauza propriilor lor suferințe, conflicte sau interese, a socializării inadecvate în cadrul exercitării profesiei, distorsiunilor, lipsei de înțelegere a obligațiilor fiduciare pe care le au sau a altor erori sau probleme. Acești solicitanți de consultație pot avea deficiențe în zona capacității de autoreflecție și astfel sunt vulnerabili în fața greșelilor de natură etică. În consecință, tocmai aceștia sunt cei care au cea mai mare nevoie de serviciile de consultanță.

Nu toți consultanții oferă întotdeauna sfaturi bune, iar solicitanții de consultanță pot avea motive serioase să respingă sfaturile consultantului. Nu ne deranjează dacă un psiholog, după ce analizează perspectiva consultantului, decide să nu urmeze sfatul acestuia. Pe de altă parte, ne îngrijorează acei psihologi care oferă informații în mod selectiv consultanților la care apelează, cu scopul de a primi răspunsul pe care speră ei să îl primească sau cei care nu reușesc să reflecteze în mod conștient la informațiile sau interpretările care le sunt sugerate. Asemenea oameni se pun pe ei înșiși și pe pacienții lor în pericol. Acei solicitanți de consultanță care urmează strategia distală de autoreflecție au șanse mai mari să beneficieze de pe urma strategiei proximale a consultării unor specialiști.

Prietenii apropiați (care sunt și colegi) pot fi consultanții cei mai buni sau cei mai răi. Uneori, un prieten poate fi un consultant potrivit, în special dacă obiectivul este acela al unei introspecții cu privire la unele sentimente deranjante minore față de pacient sau când riscul unor erori clinice sau etice grave este scăzut. Însă, folosirea prietenilor apropiați pe post de consultanți poate reprezenta un caz de relaționare cu roluri multiple, care să nu fie soluția cea mai bună, ba poate fi chiar dăunătoare dacă, de exemplu, aceştia nu sunt atât de onești sau de critici pe cât ar trebui să fie. O asemenea situație este chiar și mai problematică atunci când sunt necesare consultații de nivelul al treilea și al patrulea. În asemenea circumstanțe, poate fi de dorit căutarea unor colegi cu specializări mai înalte, cu care psihologul respectiv să nu aibă relații personale. Deși ar putea părea un lucru banal, putem spune că psihologii trebuie să ceară consultanță de la oameni pe care nu îi cunosc sau pe care nu îi plac în mod deosebit.

Cu excepția consultărilor juridice cu un avocat privitoare la chestiuni legate de gestionarea riscului personal, psihologii trebuie să ia notițe justificative despre toate consultațiile pe care le primesc, rapoartele incluzând aspectele discutate, recomandările făcute, acțiunile întreprinse ulterior, motivarea alegerii acestora și rezultatele obținute. Consultanții care lucrează în aceeași instituție cu cei pe care îi sfătuiesc pot dori la rândul lor să-și ia notițe despre consultațiile pe care le acordă, inclusiv pentru că, în cazul unor rezultate negative, ar putea fi atrasă răspunderea legală a instituției respective.

Persoanele care pot aduce informații suplimentare sau membrii familiilor care acționează ca niște mijloace de protecție în plus pot îndeplini un rol similar cu cel al consultanților, în

măsura în care pun pe primul plan interesul pacientului, furnizează informații importante sau le sugerează psihologilor reinterpretări ale datelor pe care aceștia le-au obținut deja pe alte căi.

Mijloace suplimentare de protecție (verificarea propriei activități)

Mijloacele suplimentare de protecție se referă la surse adiționale de informație. Un participant la un atelier de lucru numea aceste mijloace suplimentare de protecție „curelele și bretelele" tratamentului. Exemple de mijloace suplimentare de protecție sunt listele scurte de lucruri de verificare, evaluările gradului de satisfacție, măsurarea rezultatelor, informații obținute din surse colaterale și informațiile primite de la alți terapeuți și specialiști. Medicii de familie sau preoții pot furniza deseori informații folositoare. Într-un caz, chiar avocatul pacientului, care era și vechi prieten de familie al acestuia, interesat în mod autentic de starea pacientului, i-a furnizat psihologului informații utile despre starea psihică a celui care apelase la tratament.

O psihologă care lucra cu pacienți cu idei suicidare le dădea acestora să completeze o fișă de evaluare rapidă, care măsura ideația suicidară, de îndată ce pacienții intrau în sala de așteptare a cabinetului. Apoi, ea compara răspunsurile din chestionar cu comentariile pacientului. De obicei acestea erau congruente, dar nu întotdeauna. Uneori pacienții povesteau în timpul ședinței că se simțeau bine și că aveau doar rareori gânduri suicidare, cu toate că formularul pe care îl completaseră indica un grad de stres mai ridicat. Această discrepanță o alerta pe psihologă că pacientul și-ar putea ascunde ideația suicidară și o ajuta să exploreze aceste sentimente în mai mare detaliu.

Nu recomandăm ca toți psihologii să le ceară tuturor pacienților lor să completeze fișe standardizate de evaluare. Sunt de discutat multe aspecte care țin de calitatea acestor instrumente, de relevanța lor pentru nevoile pacientului, de beneficiile lor sub aspectul poverii administrative pe care o presupun, dar și de alți factori. Totuși, un sistem de feedback continuu poate îmbunătăți rezultatele pacienților (Reese, Norsworthy și Rowlands, 2009). De exemplu, Lambert (2007) a concluzionat că instrumentele sale de evaluare puteau prezice care sunt pacienții cu un risc ridicat de eșec deja de la a patra ședință, în timp ce majoritatea psihologilor nu reușesc să îi identifice singuri pe cei care prezintă un asemenea risc. Utilizarea unor instrumente specifice depinde și de caracteristicile pacientului, cum ar fi nivelul de cultură, iar unele instrumente specifice anumitor domenii pot fi mai potrivite pentru pacienți decât chestionarele generale privitoare la starea de bine. Desigur, asemenea instrumente trebuie să ajute, nicidecum să înlocuiască judecata clinicianului.

Consemnarea

Consemnarea serviciilor oferite este importantă dintr-o varietate de motive. Pe lângă faptul că asemenea consemnări sunt cerute de autoritățile statale de reglementare și de companiile de asigurări, păstrarea unor registre în bună ordine îi ajută pe psihologi să își reîmprospăteze amintirile pentru a îmbunătăți calitatea îngrijirii pe care o acordă și pentru a-și crea un set de tipuri de documente pe care le pot pune la dispoziția altor furnizori de îngrijire a sănătății fie în prezent, fie în viitor, ori de câte ori va fi nevoie. Din punctul de vedere al gestionării riscului, prea puține sunt resursele care îl pot ajuta pe psiholog la fel

de mult ca o bună înregistrare a activității sale. Regula generală în procedurile legale este de a accepta, dincolo de orice îndoială, acuratețea a ceea ce este scris într-o fișă medicală. Am auzit acest lucru exprimat în modul următor: „Dacă nu este scris, nu s-a întâmplat". Din acest motiv, un coleg de-al nostru a devenit faimos pentru afirmația sa conform căreia „o consemnare detaliată a evenimentelor este cel de-al doilea lucru util după un martor prietenos" (J.N. Younggren, corespondență personală, 11 decembrie 2014).

Natura consemnărilor variază în funcție de natura și contextul serviciului furnizat, de gradul de protecție ce trebuie asigurat în cazul arhivelor conform legilor statului respectiv, precum și de circumstanțele specifice locului de muncă unde sunt făcute consemnările respective. Documentarea activității poate fi diferită pentru un psiholog care lucrează într-un cămin de îngrijire sau într-o instituție de sănătate care folosește înregistrări electronice cu privire la starea de sănătate a pacienților, înregistrări disponibile unui personal medical numeros. În aceste situații, psihologul poate dori să protejeze intimitatea pacientului înregistrând în fișa lui medicală doar informații esențiale și generale, iar dacă va considera necesar, va putea include și observații mai detaliate, pe care însă le va arhiva separat.

De asemenea, consemnările făcute pentru un raport medico-legal diferă substanțial de consemnările ședințelor celor mai mulți dintre pacienții de psihoterapie. Dosarul medico-legal trebuie să includă mult mai multe detalii și nu va oferi nicio opinie nesusținută de dovezi clare. Dimpotrivă, cele mai multe consemnări privitoare la pacienții în ambulatoriu de psihoterapie sunt făcute conform câtorva linii directoare relativ standardizate. Celor mai mulți dintre pacienți le plac terapeuții cu care

lucrează, se însănătoșesc, iar apoi își văd de viața lor, iar punerea la dispoziția altor persoane a înregistrărilor este rareori un subiect de interes. În aceste cazuri psihologii pot folosi nevoia de consemnare, ca și pe aceea de autoreflecție pentru a-și îmbunătăți calitatea activității profesionale pe care o desfășoară.

Totuși, chiar și pentru pacienții de psihoterapie în ambulatoriu „obișnuiți" calitatea consemnării trebuie să crească atunci când apar probleme. Procesul de creare a unor înregistrări bine gândite și bine scrise îi poate ajuta uneori pe psihologi să analizeze probleme clinice și etice. În acest sens, o consemnare bună se bazează pe principiul moral general al asigurării stării de bine a pacientului. Notițele luate în timpul ședințelor, când sunt de bună calitate, sunt transparente, complete și au o congruență intensă; de exemplu, informațiile privitoare la tehnicile folosite trebuie să coreleze cu obiectivele tratamentului.

Când se confruntă cu decizii dificile, psihologii ar trebui să își înregistreze gândurile în consemnările pe care le fac. De exemplu, în tratarea unui pacient cu comportamente care pun viața în pericol este important ca psihologii să înregistreze analiza de risc pe care o fac, inclusiv motivul pentru care ei consideră că pacientul prezintă riscul de a se răni pe sine sau pe alții, și de ce au luat deciziile de tratament pe care le-au luat. Dacă acele înregistrări privitoare la o anumită terapie ajung să fie vreodată analizate, atunci ele trebuie să-i permită celui care le analizează să înțeleagă modul de gândire al psihologului. În mod ideal, consemnările vor arăta că psihologul a folosit o judecată rezonabilă în luarea deciziilor sale, pe baza informațiilor pe care le avea la momentul respectiv.

Psihologii nu ar trebui să ridice problema riscului înalt fără a o aborda cu acuratețe în consemnările terapiilor la care se

referă (Rudd, 2006); de asemenea, ei nu trebuie să scrie în fișe că pacientul lor prezintă pericol pentru sine sau pentru alții fără a consemna analiza sau concluzia finală cu privire la observațiile respective în înregistrările ulterioare. Psihologii trebuie să consemneze clar dacă au urmărit în ședințele ulterioare și dacă au revizuit problema pericolului menționată anterior. Dacă pericolul s-a disipat în timp, ei trebuie să înregistreze această observație în fișele pacienților.

Pentru psihologii care se anagajează în procese de luare a unor decizii etice este adecvată justificarea procesului în consemnările lor. Psihologii pot înregistra procesul pe care l-au parcurs pentru a rezolva o problemă de etică, inclusiv cu referire la principiile etice generale, strategiile de optimizare a calității, capcanele cognitive și emoționale pe care le-au recunoscut și abordat, consultările și strategiile de aculturație pe care le-au luat în considerare și pe care le-au adoptat (a se vedea Capitolul 4). În modelul decizional în cinci pași, de exemplu, psihologii recunosc deschis conflictul, identifică valoarea sau principiul care prevalează și pe cele asupra cărora prevalează primele, precum și eforturile lor de a diminua daunele produse prin încălcarea principiilor respective. Consemnarea, în consecință, nu șterge, nici nu diminuează conflictele și provocările, ci le recunoaște în mod direct și prezintă raționamentele care au stat la baza deciziilor luate.

Desigur, psihologii trebuie să păstreze un echilibru între onestitate totală pe de-o parte și tact și diplomație pe de altă parte. Ei ar putea dori să excludă din consemnările lor informațiile stânjenitoare și irelevante, și să scrie în mod deliberat doar despre cele relevante, într-o manieră care să diminueze aspectele stânjenenitoare. De exemplu, un psiholog evalua un copil cu

privire la posibilitatea prezenței unei boli mentale grave, iar istoria de sănătate mentală a rudelor biologice ale copilului era relevantă pentru evaluare. Într-un asemenea caz, ar fi indicat să fie înregistrat în fișă faptul că un unchi de sânge al copilului are o boală mentală gravă, dar ar fi mai puțin relevant dacă un unchi prin alianță ar avea o asemenea boală.

În mod similar, psihologii trebuie să păstreze un echilibru între rigurozitate și sinteză. Ei ar putea alege să excludă speculațiile neprocesate despre procesele dinamice, comentariile gratuite despre membrii familiilor sau alte comentarii care nu sunt necesare pentru terapia pacientului. În eventualitatea în care consemnările privitoare la tratamentul respectiv ar ajunge să fie vreodată analizate de alte persoane, aceste comentarii îi pot face pe psihologi să pară dezordonați, imprudenți sau fără o înțelegere coerentă a pacientului sau a planului de tratament.

Înregistrările de bună calitate evită sau explică limbajul de jargon. De exemplu, expresia vagă „gest suicidar", care poate însemna lucruri diferite pentru oameni diferiți, nu ar trebui să apară în consemnările psihologilor fără o explicație alăturată. Într-un asemenea caz, nu este clar dacă psihologul a vrut să scrie că pacientul a încercat o modalitate neletală de a-și face rău, dacă și-a făcut rău pentru a obține beneficii secundare fără intenția de a se sinucide sau doar a amenințat cu sinuciderea (Heilbron, Compton, Daniel și Goldston, 2010).

Pentru a nu uita să folosească strategiile de optimizare a calității, psihologii pot utiliza fișe de evaluare[16] (a se vedea Tabelul 3.2). O *fișă de evaluare* este asemănătoare cu o listă de verificare, un instrument foarte frecvent folosit în domeniul siguranței persoanelor și bunurilor. Piloții companiilor aeriene, de exemplu, se întâlnesc cu echipajul aeronavei și parcurg o procedură de verificare pe baza unei liste de lucruri de verificat înainte de a decola cu un avion; liste similare de verificare le sunt sugerate chiar și chirurgilor (Gawande, 2009) și altor medici (Ely, Graber și Croskerry, 2001).

Dacă privim doar la suprafață, folosirea fișelor de evaluare în cadrul unor proceduri complexe, cum sunt cele din medicina generală, chirurgie sau serviciile psihologice, poate părea inutilă și exagerat de simplistă. Specialiștii nu se pot limita la a parcurge doar o serie de căsuțe în care să bifeze *Da* sau *Nu* și astfel să realizeze cu succes un proces de calitate în luarea unei decizii. Totuși, cei care le propun susțin că asemenea chestionare de verificare au o valoare importantă tocmai din cauza complexității activității din asemenea domenii profesionale. Cu toate că itemii cuprinși în aceste liste pot părea banali, cei care au de luat decizii prezintă riscul ridicat de a face greșeli „stupide" atunci când sunt confruntați cu mari cantități de informații complexe, contradictorii sau ambigue, care cresc sarcina cognitivă. În asemenea domenii, fișele de evaluare îi pot ajuta pe specialiști

[16] Această secțiune este adaptată după *„Can Checklists Help Reduce Treatment Failures? (Pot contribui listele de verificare la reducerea probabilității de eșec al tratamentului?*) de S. Knapp și J. Gavazzi, 2012, *Pennsylvania Psychologist, aprilie 2012*, pp. 8-9 Copyright 2012, Pennsylvania Psychological Association. Adaptare cu permisiune.

 prin reducerea utilizării exclusiv a memoriei personale în situațiile dificile și prin faptul că le permit să facă un pas înapoi, să reflecteze asupra deciziilor ce păreau inițial evidente și să le regândească (Ely și alții, 2011).

În ce situații ar trebui să folosească psihologii fișe de evaluare? Knapp și Gavazzi (2012a) au propus *regula celor patru ședințe:* dacă pacienții nu progresează sau nu dezvoltă o bună relație terapeutică (în absența unui motiv evident) până la cea de-a patra ședință, psihologul trebuie să reevalueze strategia de tratament. Regula celor patru ședințe nu presupune transferul imediat al pacientului către un alt specialist sau vreo altă soluție definitivă. În schimb, această regulă le cere psihologilor să reanalizeze cazul, chiar și folosind liste de verificare. Pot exista motive clinice serioase pentru care un psiholog poate să amâne reanalizarea cazului până la cea de-a cincea ședință sau chiar mai târziu, sau motive clinice rezonabile pentru a începe evaluarea progresului tratamentului chiar mult mai devreme. Scopul este acela ca psihologul să adopte o sensibilitate precoce față de pacienții care nu prezintă progrese.

Tabelul 3.2. Chestionar de evaluare la ședința a patra

Implicarea în tratament (Ce spune pacientul?)

DA ___ NU ___ 1. Consideră pacientul că aveți o bună relație terapeutică?

DA ___ NU ___ 2. Prezintă pacientul progres în terapie?[a]

Reflecții suplimentare (Ce crezi tu?)

DA ___ NU ___ 3. Consideri că aveți o bună relație terapeutică?[b]

DA ___ NU ___ 4. Poți identifica obstacole în calea progresului (cum ar fi aspecte ale personalității, posibilitatea existenței sau diminuarea abuzului de substanțe, sau probleme de etică)?

Maximizarea resurselor (consultare)
DA ___ NU ___ 5. Ar fi benefică discutarea acestui caz cu un coleg?
DA ___ NU ___ 6. Are nevoie pacientul de un examen medical?

Mijloace suplimentare de protecție
DA ___ NU ___ 7. Evaluarea făcută pacientului este suficient de completă?[c]
Aveți nevoie să aflați și alte perspective asupra cazului acestui pacient?

Consemnări
DA ___ NU ___ 8. Ați înregistrat în mod adecvat activitatea de până acum?
DA ___ NU ___ 9. Fișa pacientului conține vreo speculație irelevantă?
DA ___ NU ___ 10. Fișa pacientului conține suficiente informații?

Alte întrebări?

---

[a] Exemple de întrebări ce pot dezvolta acest punct sunt: Pacientul vrea să rămână în terapie? De ce da sau de ce nu? Aveți aceleași obiective ca pacientul și sunteți de acord cu privire la metodele de tratament? Dacă există diferențe, puteți ajunge la un compromis? Încearcă pacientul să „creadă" în tratament? Ce anume din ceea ce a spus pacientul până în acest moment a fost în mod deosebit de ajutor sau a dăunat terapiei? Ați căzut de acord asupra modalității de măsurare a progresului (de exemplu, autoevaluare, evaluări din partea altor specialiști, teste, măsurători obiective nereactive)?[b] Exemple de întrebări ce pot dezvolta acest punct sunt: Puteți identifica motivul care împiedică realizarea unei bune alianțe terapeutice? Are pacientul suficientă încredere pentru a vă împărtăși informații delicate? Sentimentele pe care le aveți față de pacient compromit capacitatea

 dumneavoastră de a-l ajuta? Dacă da, cum puteți schimba aceste sentimente? Ați cerut consultarea cu un supervizor cu privire la relația sau sentimentele dumneavoastră față de pacient? [c]Exemple de întrebări ce pot dezvolta acest punct sunt: Ați reevaluat diagnosticul sau metodele de tratament? Sunteți sensibil față de factorii culturali, de gen, orientare sexuală, statut socioeconomic sau alți factori?

Motivele lipsei progresului pacientului în psihoterapie pot fi adeseori evidente, și astfel se poate să nu fie necesară reevaluarea cazului. De exemplu, un pacient poate veni la terapie cu o depresie minoră, dar apoi aceasta se agravează din cauza concedierii lui bruște și neașteptate de la serviciu. Motivul deteriorării este clar, iar psihologul a vorbit cu pacientul despre modificarea tratamentului în lumina noilor circumstanțe de viață. Simpla deteriorare a stării pacientului în această situație nu pare a fi predictivă pentru eșecul tratamentului.

Considerăm că regula celor patru ședințe este o euristică utilă pentru că ajută la controlul optimismului excesiv și al încrederii exagerate în propria persoană. Există dovezi care sugerează că mulți psihologi sunt exagerat de optimiști cu privire la capacitatea lor de a-și ajuta pacienții. De exemplu, Stewart și Chambless (2008) au constatat că, în general, psihologii lucrează cu pacienții în medie douăsprezece ședințe înainte de a trage concluzia că tratamentul nu funcționează și de a lua în considerare metode alternative. Cu toate acestea, Lambert (2007) susține că algoritmul său poate prezice înainte de sfârșitul celei de-a patra ședințe, cu un mare grad de acuratețe, riscul eșecului tratamentului. Aceste două surse sugerează faptul că psihologii trebuie să adopte un prag mai scăzut în analiza cazurilor în ceea ce privește riscul de eșec.

Noi recomandăm utilizarea fișelor de evaluare atunci când pacienților li se poate aplica regula celor patru ședințe. Psihologii vor putea urmări mai îndeaproape aspectele problematice după identificarea lor pe baza fișelor de evaluare. În plus, psihologii ar putea formula și alte întrebări, specifice cazului respectiv, pe care noi nu le-am inclus în versiunea chestionarului de verificare pe care am prezentat-o mai sus. Nu avem cunoștință despre eventuale studii empirice care să valideze sau să invalideze avantajele utilizării fișelor de evaluare; cu toate acestea, utilizarea lor se încadrează în efortul de autoreflecție.

Rezumat

Uneori pacienții nu realizează progresul așteptat către atingerea obiectivelor terapeutice stabilite. În acest capitol am prezentat câteva strategii care pot contribui la creșterea șanselor de succes. Unele moduri de lucru aplicate pe termen lung (strategiile distale de optimizare a calității) îmbunătățesc nivelul general al performanței. Alte strategii, cu un caracter mai aplicat și mai specific fiecărei situații (strategiile proximale de optimizare a calității), îi ajută pe psihologii care se confruntă cu luarea rapidă a unor decizii să-și îmbunătățească nivelul de performanță. Capitolele următoare ilustrează utilizarea acestor strategii.

Modelul aculturației etice

În acest capitol prezentăm ultimul dintre cele trei modele pe care le propunem aici psihologilor în scopul optimizării calității deciziilor lor etice. Modelul aculturației etice (MAE) se concentrează asupra suprapunerii moralității și eticii personale cu moralitatea și etica profesionale. Explorăm conceptul conform căruia alegerile privind etica personală și profesională sunt importante și ubicuitare, fiind adevărate oportunități de actualizare a imaginii proprii de profesionist etic. Mai mult chiar, susținem că psihologii pot crește gradul de claritate și eficiență al metodelor lor de abordare a numeroase situații etice de rutină sau complexe prin înțelegerea suprapunerii rolurilor personale cu cele profesionale în cheia procesului de aculturație (Handelsman, Gottlieb și Knapp, 2005).

Componentele modelului

Modelul aculturației etice pe care îl propunem se bazează pe *modelul aculturației psihologice* al lui John Berry (1980), pe care el l-a definit ca pe un „set de rezultate psihologice interne, care includ un simț mai clar al identității personale și culturale, o bună sănătate mentală și atingerea satisfacției personale în noul

context cultural" (Berry și Sam, 1997, p. 299). Pentru a obține o definiție a aculturației etice putem substitui cuvintele *etică* sau *etic* cuvântului *cultural* din definiția lui Berry.

Credem că procesul aculturației etice a psihologilor apare într-o manieră similară cu procesul aculturației psihologice descris de Berry și Sam (1997). Așa cum imigranții trebuie să se adapteze într-o țară nouă — să fie aculturalizați — noii lor culturi, și viitorii profesioniști trebuie să se aculturalizeze noii lor culturi profesionale. Nevoia de aculturalizare a noilor studenți este clară: tot ceea ce învață este nou pentru ei. Înțelegerea și folosirea modelului aculturației etice îi poate ajuta pe studenți să intre mai ușor în noile lor roluri profesionale. Totuși, le poate fi folositoare chiar și psihologilor cu mai multă sau mai puțină experiență profesională să considere alegerile etice ca acte de aculturație.

Chiar și pentru psihologi care nu se confruntă cu luarea unor decizii iminente, ci doar încearcă să formuleze o politică (o strategie distală) cu privire la unele aspecte atât de „lumești" cum ar fi plata ședințelor absentate sau mesajul de întâmpinare al mesageriei vocale pentru urgențe, modelul aculturației etice furnizează un cadru de reflecție și deliberare. Modelul oferă astfel un filtru prin care psihologii pot explora alegerile etice pe care le au la dispoziție.

Fie că este vorba despre o sarcină dificilă sau una ușoară, adeziunea la cultura psihologiei profesionale poate fi un proces solicitant. În asemenea momente de presiune, psihologii pot avea tendința de a acționa fără a ține seama de etică. Pot face mai multe erori logice, iar factorii nonraționali pot avea șanse mai mari să exercite o mai puternică influență asupra procesului de decizie. Modelul aculturației etice îi poate ajuta pe psihologi să prevină multe situații de stres. De exemplu, noi susținem că

 acest model de lucru furnizează modele de cadru pozitiv — de exemplu, de identitate profesională sau de excelență etică — și repere mai bune față de care psihologii să reflecteze cu privire la comportamentele alternative și la consecințe. Vom descrie aici două dimensiuni majore ale modelului aculturației etice, patru tipuri de strategii de aculturație și câteva elemente suplimentare ale modelului.

Două dimensiuni majore ale procesului de aculturație

Multe modele de aculturație psihologică au o singură dimensiune; *aculturație* înseamnă măsura în care oamenii (de exemplu, imigranții, refugiații sau oricine altcineva care intră în spațiul unei noi culturi) adoptă limba, valorile, tradițiile, comportamentele și atitudinile culturii dominante sau ale noii culturi în care pătrund. Berry (1980, 1992) a numit acest proces *contact și participare* la cultura nouă sau dominantă; totuși, el a argumentat că cele mai multe modele de aculturație ignoră o a doua dimensiune majoră: *păstrarea* culturii de origine a individului, respectiv măsura în care oamenii își păstrează valorile, obiceiurile, tradițiile și așa mai departe din cultura sau culturile lor anterioare, care pot include familia, religia, apartenența etnică, educațională și alte asemenea influențe.

Poate exista tentația de a gândi că aculturația etică este un proces ușor și lin, dar este un mit ideea că o persoană amabilă și foarte motivată să-i ajute pe alții va fi în mod automat capabilă să ia decizii etice complexe bazându-se doar pe competența sa profesională și tehnică. Procesul aculturației etice include decizia cu privire la perspectivele personale și profesionale cele mai relevante, alegerea valorilor, tradițiilor și a altor elemente culturale

pe care le vom folosi în procesele de deliberare, decizia cu privire la ponderea fiecărei culturi în aceste elemente și dezvoltarea unor comportamente care să se conformeze standardelor de practicare a profesiei, dar să rețină în același timp și valorile personale.

Să luăm în considerare următorul caz, prezentat inițial în Introducerea acestui volum:

Ambiguitatea rolului: social sau profesional?

Un psihoterapeut proaspăt licențiat, dr. Parker, lua parte la o cină oferită de un vechi prieten din facultate. Gazda l-a prezentat unei alte invitate, care i-a zis: „Dar eu vă cunosc! Sunteți terapeutul vecinei mele, Renée! Vorbește tot timpul despre dumneavoastră. Sunteți foarte bun! A fost chiar ieri la dumneavoastră, nu-i așa?"

Dr. Parker se poate gândi în mai multe moduri la opțiunile de reacție pe care le are. În măsura în care ia în considerare aspectele profesionale, inclusiv confidențialitatea și respectul față de pacienții săi, el se angajează în contact și participare. În măsura în care dă mai multă importanță noțiunilor de bun-simț personal și valorilor respectului față de ceilalți, pe care le-a învățat înainte (poate chiar din copilărie), el își păstrează cultura etică de origine. Dr. Parker va avea de câștigat de pe urma unei reflecții asupra standardelor profesionale despre care a învățat pe parcursul formării sale ca psiholog, a valorilor sale morale și etice preexistente și a reacțiilor sale emoționale și a influenței potențiale a acestora asupra deciziei pe care urmează să o ia. El va analiza, de asemenea, și interesul său personal, inclusiv acele aspecte ale unui asemenea posibil interes a căror prevalență poate fi acceptabilă sau inacceptabilă în anumite situații profesionale.

Patru tipuri de strategii de aculturație

Figura 4.1 arată cele patru tipuri de strategii de aculturație care prezintă poziții relative mai înalte sau mai joase pe cele două dimensiuni, respectiv a contactului cu noua cultură și a păstrării valorilor de origine. Termenii folosiți în imagine se referă exclusiv la strategii, nicidecum la oameni sau la faze de dezvoltare. Psihologii își pot alege strategiile pe baza câtorva

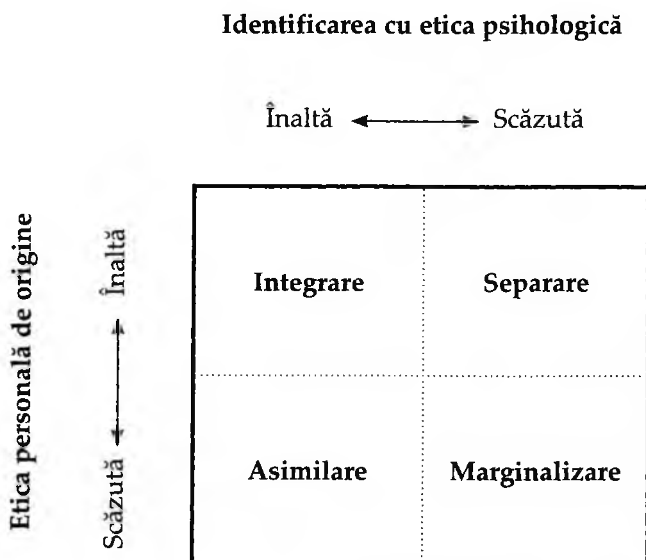


Figura 4.1. Modelul aculturației al lui Berry (1980) aplicat la identitatea etică. Adaptat după „Training Ethical Psychologists: An Acculturation Model" (*Formarea etică a psihologilor: un model de aculturație*), de M.M. Handelsman, M.C. Gottlieb și S. Knapp, 2005, în *Professional Psychology: Research and Practice*, nr. 36, p. 60. Copyright 2005 Asociația Psihologică Americană.

factori (pe câțiva dintre aceștia îi vom discuta ceva mai târziu) și își pot modifica strategiile în timp, dar și în funcție de situațiile concrete. Ipoteza noastră este că unii psihologi pot alege mai frecvent una dintre strategii și mai rar pe celelalte, dar întotdeauna vor avea potențialul de a face alegeri mai bune.

Cunoscând aceste strategii, psihologii pot evita eroarea fundamentală de atribuire (L. Ross, 1977), din cauza căreia pot atribui în mod exagerat comportamentul celorlalți unor factori dispoziționali. În schimbul unei atribuiri dispoziționale a comportamentului aparent inadecvat al altora (de exemplu, „E un psiholog fără etică"), psihologii pot înțelege comportamentul colegilor lor din punctul de vedere al strategiei și al alegerilor. O capcană care apare frecvent sunt situațiile în care psihologii își justifică propriile comportamente îndoielnice (Knapp, Handelsman, Gottlieb și VandeCreek, 2013) cu argumente de genul: „Comportamentul pe care l-am ales este etic, pentru că eu sunt un profesionist etic".

Orice specialist are capacitatea de a face alegeri nefericite din când în când. Un câștig al modelului aculturației etice este faptul că acesta le reamintește psihologilor că a greși nu înseamnă că ei — sau alții — sunt oameni răi. A gândi într-o asemenea manieră le permite psihologilor să aibă mai multă compasiune față de colegii lor care gândesc sau chiar se angajează în comportamente lipsite de etică. Priviți din perspectiva apartenenței la comunitatea profesională, psihologii ar trebui să fie mai bine antrenați să fie mai atenți și mai capabili să prevină sau să gestioneze cu succes asemenea comportamente.

În secțiunile următoare vom prezenta cele patru tipuri majore de strategii de aculturație — marginalizarea, separarea, asimilarea și integrarea — și vom explora alegerile pe care dr. Parker

 le-ar putea face din fiecare perspectivă, pentru a gestiona relațiile, tensiunile, discrepanțele și/sau conflictele dintre rolurile sale personale și profesionale.

Marginalizarea (contact scăzut, menținere scăzută)

Strategiile de marginalizare implică acte caracterizate printr-un respect scăzut față de etica personală și cea profesională. Dr. Parker ar putea gândi așa:

> Ce deschidere mi-a oferit cucoana asta! Pot să mă apuc deja de terapie chiar aici la petrecere. O să încep modest, cu câteva lucruri mai generale despre progresul pe care l-a făcut Renée până acum, iar apoi, dacă subiectul conversației nu se schimbă, o să arunc câteva idei despre cum folosesc eu ultimele tehnici pe care nimeni nu le-a mai folosit până acum (Să mă gândesc ce să inventez?), despre cât de puține locuri libere am în agendă pentru pacienții noi și despre cum acord uneori prima ședință gratuit (ceea ce poate chiar o să fac).

Dr. Parker se simte excelent gândindu-se la iminenta creștere a numărului pacienților săi.

Dr. Parker acționează amoral alegând drept unic criteriu în alegerea comportamentului său câștigul material propriu. Poate că nu înțelege valorile noii sale profesii (contact și participare scăzute). Probabil că are și o menținere scăzută a valorilor morale ale culturii (sau culturilor) din care provine (de exemplu, onestitatea), din cauza renunțării la acestea sau poate a deficiențelor lor originare, sau poate este afectat de unele probleme de caracter sau de vreun stres situațional, care îi compromit capacitatea de a lua decizii bune.

Berry (1992) a observat că marginalizarea este adeseori o strategie temporară adoptată de oameni care au abandonat o cultură, dar care încă nu o cunosc bine pe cea nouă. Mulți studenți pot adopta temporar strategii de marginalizare la începutul formării lor, când sunt nesiguri sau au idei eronate cu privire la ce înseamnă etica în serviciile de sănătate mentală și nu sunt siguri cum să-și traducă valorile etice de origine în gândire de calitate adecvată noilor situații.

Din experiența noastră, am observat că se întâmplă foarte rar ca oamenii care folosesc în mod extrem și frecvent strategii de marginalizare să își facă drum în profesiile din domeniul sănătății mentale. De exemplu, ca student, dr. Parker se poate să nu fi înțeles relevanța moralității personale pentru noul său rol profesional, pe care și-l asumă, deși până la momentul la care și-a luat autorizația de practică ar fi trebuit să învețe mult mai multe despre etică. Totuși, în condițiile stresului situațiilor în care trebuie luate decizii dificile și ale conflictului de interese, unii psihologi pot recădea în comportamente motivate mai mult de aversiunea față de pierdere (Kahneman și Tversky, 1979) decât de preocupările pentru etică. De exemplu, unii psihologi amenințați cu trimiterea în judecată se pot gândi doar la pierderile lor bănești și își pot baza deciziile doar pe interesele lor financiare, în loc să furnizeze în continuare servicii de calitate publicului, să avanseze în profesie și să își susțină prin comportament valorile primordiale de integritate, competență și așa mai departe.

Separarea (contact scăzut, menținere înaltă)

Psihologii începători și studenții pot fi în mod special înclinați să folosească excesiv strategii de separare în care valorile etice

 ale culturilor lor de origine umbresc valorile profesiei. Strategia de separare a doctorului Parker ar putea arăta cam așa:

> În ce poziție stânjenitoare mă pune cucoana asta! După cum știu, codul meu etic zice că trebuie să păstrez confidențialitatea. Dar ar fi nepoliticos din partea mea să nu spun „Da, așa e". Doamna e clar că știe cine sunt, și ar fi lipsit de politețe din partea mea să o tratez ca pe o ignorantă, o mincinoasă sau o nebună. O să răspund la întrebarea ei și n-o să spun nimic despre Renée. Până la urmă, Renée progresează bine în terapie, și-ar fi destul de ușor să spun doar acest lucru. Ceva de genul: „Da, Renée este o pacientă bună — a făcut progrese mari". Așa apăr și imaginea lui Renée și toată lumea va trece de momentul de stânjeneală.

Dr. Parker simte conflictul interior, dar se simte încrezător în valorile sale și în bunul său simț. Părinții săi l-au învățat bine despre cât este de important să fie politicos și respectuos, în special cu străinii, în asemenea situații sociale. Pe moment el se simte alienat de regulile profesiei sale, care par să îi înăbușe capacitatea de a fi respectuos și amabil. El simte că prevederile Codului Etic al Asociației Psihologice Americane (2010) și alte regulamente profesionale nu îi oferă îndrumarea de care are nevoie. Codul etic al APA este prea vag și general, crede el, și nu se prea poate aplica situațiilor concrete din lumea reală.

Dr. Parker favorizează principiul păstrării valorilor sale personale în fața celui al participării la cele noi, profesionale. El pare să creadă că motivația sa personală de a-i ajuta pe oameni este suficient de puternică și de pură pentru a-l călăuzi într-o arie largă de situații profesionale. Astfel, el ar putea să nu ia în considerare complexitatea situației sau valorile aflate în conflict și

standardele implicate, cum ar fi confidențialitatea, respectul și compasiunea.

Și psihologii care provin din alte profesii pot folosi strategii de separare, inclusiv principii profesionale care e posibil să nu se poată aplica și în psihologie. De exemplu, să luăm următorul caz:

Un caz de altruism neetic

Dr. Woods, psihologă și fostă avocată, a primit în terapie un pacient bărbat și pe copilul acestuia. Nu a văzut-o niciodată pe mama copilului. Mai târziu, dr. Woods a trebuit să depună mărturie în instanță într-un proces, iar unul dintre avocați a întrebat-o dacă pacientul ei — tatăl — ar fi un părinte mai bun pentru copil decât mama acestuia. Valorile și principiile avocaturii pe care ea a practicat-o anterior au stăpânit-o suficient pentru ca ea să răspundă: „Absolut". Ea a încălcat astfel câteva standarde ale noii sale profesii, care ar fi putut-o împiedica să dea un asemenea răspuns, inclusiv pe cel al importanței judecății pe baza tuturor datelor relevante (Articolul 9.01 al APA), precum și principiul rolurilor multiple[17] (de evaluator și psihoterapeut în același timp; Articolul 3.05 al APA).

În studiul longitudinal pe care l-au realizat cu privire la câteva profesii, Bucher și Stelling (1977) au dovedit existența fenomenului de *eșec de socializare*: unii studenți, care au considerat dificilă adoptarea valorilor noii lor profesii, au aderat cu rigiditate la valorile lor preexistente. Am întâlnit noi înșine câțiva asemenea participanți bine intenționați la programele de formare, cărora le vine greu să se îndepărteze de pozițiile morale pe care le-au adoptat anterior, în copilărie, în anii de facultate

[17] *Multiple relationaships*, în engleză în original. (*N. t.*)

 sau în profesiile lor anterioare sau care continuă să dea întâietate acestora. De exemplu, un psiholog aflat în formare se oferise voluntar pentru o poziție de consilier în cazuri de abuz familial și, în acel cadru, primise indicația de a se autodezvălui, împărtășind popria sa istorie de abuz tuturor pacienților încă de la începutul relației de consiliere cu aceștia.

Asimilarea (contact înalt, menținere scăzută)

Cei care aleg strategiile de asimilare adoptă valorile și tradițiile profesiei (contact înalt) și renunță la propriile tradiții morale (menținere slabă). Dacă ar folosi o strategie de asimilare, dr. Parker ar putea gândi astfel:

> Cum îndrăznește să mă întrebe așa ceva?! Ar trebui să știe că aș încălca toate regulile dacă aș răspunde la o asemenea întrebare. Confidențialitatea este cea mai importantă – aproape sacră. Și la fel e și datoria mea de a o educa pe femeia asta cu privire la profesia mea. Trebuie să o învețe cineva lucrurile astea. Petrecere, nepetrecere, se pare că trebuie să fiu eu acela.

Dr. Parker se simte oarecum furios pentru că membrii asistenței nu înțeleg importanța regulilor profesiei sale și dificultățile cu care se confruntă psihologii pentru a se pune în serviciul pacineților lor. El n-a venit acolo ca să-și facă prieteni și este dispus să sacrifice chiar ceva din respectul (față de sine) pentru binele profesiei sale.

Dr. Parker face o evaluare corectă a valorilor profesionale. Totuși, el ratează implementarea utilă a acestor valori, poate din cauză că nu reflectează suficient la noțiunea de bază a respectului

în relațiile sociale, pe care a învățat-o înaintea formării sale profesionale.

Psihologii pot opta pentru strategii de asimilare bazate pe opinia eronată că, dacă urmează regulile și procedurile profesionale, nu pot intra în conflicte etice. Multe programe de formare, inclusiv cele care adoptă o abordare etică de remediere, pot prezenta perspectiva eronată cu privire la strategiile de asimilare ca fiind comportamente etice excelente. Participanții la formări și specialiștii cu care am lucrat noi, care aleg strategii de asimilare, au în mod frecvent o abordare excesiv de rigidă în situațiile care impun luarea unor decizii etice. Pe termen scurt, aceste strategii pot funcționa. Am constatat totuși că pe termen lung strategiile de asimilare pot avea câteva dezavantaje majore. În primul rând, psihologii pot urma litera regulilor, dar rezultatele clinice pot avea de suferit, din cauză că implementarea regulilor nu respectă celelalte principii de bază, precum cel al promovării stării de bine a pacientului. De exemplu, un psiholog se poate asigura că toți pacienții săi semnează formulare de consimțământ informat, dar nu discută suficient aceste formulare astfel încât pacienții să aibă cât mai mult de câștigat din punct de vedere clinic de pe urma procedurii obținerii consimțământului informat. Sau alt psiholog poate refuza un cadou de o valoare nesemnificativă de la un pacient din cauza interpretării eronate că primirea oricărui cadou riscă să încalce Codul Etic al APA. În al doilea rând, psihologii se simt deseori constrânși de cerințele standardelor profesioanle, care li se pot părea artificiale, stranii și fără sens. Cadrul lui „ceea ce mi se spune să fac" poate conduce la opțiuni simpliste, precum furnizarea într-un formular de consimțământ exclusiv a acelor informații stipulate de lege (Pomerantz și Handelsman, 2004). În al treilea rând, din

 punctul de vedere al eticii pozitive, strategiile de asimilare pot presupune a face doar atât cât să se treacă de momentul dificil sau atât cât să nu apară probleme, în locul furnizării unor servicii de asistență de cea mai înaltă calitate posibilă.

Integrare (contact înalt, menținere înaltă)

Berry și Sam (1997) au constatat că aculturația psihologică funcționează cel mai bine atunci când oamenii adoptă strategii de integrare, iar noi considerăm că integrarea este cea mai bună strategie de aculturație etică în cele mai multe dintre situații. Dr. Parker ar putea gândi astfel:

> Iar începem, exact cum discutam în facultate și mai târziu, în timpul formării! Am să o dezamăgesc ușor pe doamna aceasta cu ceva de genul: „Mi-ar plăcea să vă pot răspunde la întrebare, dar probabil că știți că responsabilitatea mea etică mă împiedică să divulg identitatea pacienților mei. Ați încercat pateul?" Dacă insistă, aș putea să discut cu invitata despre ce ar dori ea ca terapeutul ei să le povestească despre ea însăși unor necunoscuți: „Sunt convins că și dumneavoastră ați dori ca terapeutul dumneavoastră să vă respecte intimitatea în același mod".

Dr. Parker este fericit că poate stabili limitele, se bucură de beneficiile tuturor jocurilor de rol la care a luat parte în timpul formării sale, și este mândru că oamenii îl pot privi într-o lumină pozitivă atât ca pe un profesionist serios, cât și ca pe o persoană agreabilă. Este ciudat ca tocmai el să invoce regula confidențialității când toată lumea știe că Renée este pacienta lui, dar aceste ritualuri nu sunt lipsite de semnificație; dimpotrivă, ele sunt comportamente substanțiale, menite să întărească limitele

(Anderson și Handelsman, 2010) și să dovedească respectul atât față de profesie, cât și față de public. Dr. Parker a găsit un echilibru bun între normele profesiei sale (contact și participare) și moralitatea sa personală (prezervarea valorilor sale morale anterioare). Astfel, el poate fi, și poate fi văzut și de ceilalți, ca fiind mai autentic în actele sale.

Integrarea nu înseamnă a adapta regulile sau a decide care dintre ele pot fi urmate și care pot fi încălcate. Dimpotrivă, integrare înseamnă implementarea regulilor cu respectarea, în același timp, a prevederilor altor reguli, precum și a moralității personale. De exemplu, când psihologii hotărăsc că nu au competența necesară pentru a primi un anumit pacient, ei au obligația de a recomanda acestuia un alt specialist. O strategie de asimilare în acest caz poate fi aceea de a urma sfaturile privitoare la gestionarea riscului și de a da pacientului trei nume de alți specialiști, chiar dacă aceștia s-ar afla la o mare distanță de locuința pacientului sau ar avea onorarii pe care pacientul nu și le poate permite. Cei care aleg strategii de integrare, însă, pot reflecta mai mult asupra aspectelor profesionale, cum ar fi, ce ar putea face pacientul în mod realist pentru a-și gestiona problema curentă. Acest lucru poate însemna chiar și primirea pacientului la o ședință sau două tocmai pentru a discuta cu acesta opțiunile de tratament sau căile de identificare a resurselor alternative pe care le are la îndemână sau îi sunt accesibile. Exemplul privitor la recomandări ilustrează faptul că psihologii pot implementa uneori strategii de integrare prin găsirea zonei de suprapunere dintre valorile lor profesionale și cele personale și găsirea unor noi căi de implementare simultană a acestor valori.

Uneori sunt greu de identificat valorile care se regăsesc în ambele zone. De exemplu, prietenia, relațiile familiale și alte

interacțiuni îi ajută pe oameni să își dezvolte înțelegerea problemelor personale, cum sunt respectul și reciprocitatea, care pot fi încorporate cu ușurință într-o noțiune preexistentă a consimțământului informat. În mod similar, cei mai mulți psihologi au deja un concept cu privire la intimitate formulat din experiența relațiilor lor anterioare, dar conceptul profesional de confidențialitate și limitele lui sunt mult mai complexe.

Psihologii și studenții vor fi mai înclinați către strategiile de integrare dacă se vor angaja în acte care promovează autoreflecția. O temă de autoreflecție este efectuarea unui exercițiu în care să își reordoneze sistemul de valori și să conceapă o nouă ierarhie a acestora — o nouă schemă a importanței valorilor. De exemplu, când profesorii și supervizorii aduc în discuție necesitatea păstrării confidențialității mărturisirii unui pacient cu privire la comiterea unei crime, ei trebuie deseori să îi ajute pe studenți să își potențeze contactul și participarea la noile valori, prin sublinierea importanței confidențialității față de valoarea ajutorului pe care ar trebui să îl acorde societății în rezolvarea unor cazuri de crimă.

Un alt exemplu de modificare a scalei importanței relative a valorilor este plasarea loialității față de profesie deasupra loialității față de prieteni sau colegi. Astfel, psihologii pot fi nevoiți să înfrunte un coleg apropiat cu privire la abuzul de alcool sau droguri al acestuia, din nevoia de a preveni posibile daune asupra pacienților respectivului coleg, chiar dacă acest comportament îi poate face să simtă că își trădează cel mai bun prieten. Psihologii care și-au evaluat valorile prin aculturație etică pot fi mai hotărâți sau pot avea mai mult curaj moral care îi ajută să adopte atitudinea corectă, chiar dacă acest lucru

presupune un anumit grad de disconfort personal (a se vedea discuția cu privire la curajul moral din Capitolul 3).

Din afară, poate fi greu de spus dacă un comportament izolat este dovada unor strategii de asimilare sau de integrare. Observatorii trebuie să cunoască și să înțeleagă nivelul de menținere — a eticii de origine — al persoanei și să cunoască ce strategii a folosit psihologul respectiv în trecut. De exemplu, un psiholog care își critică un coleg poate fi motivat în primul rând de compasiunea față de respectivul coleg, combinată cu respectul față de profesie, sau poate fi în primul rând motivat de teama de a nu fi culpabilizat dacă alții ar afla că el a avut cunoștință de infracțiunea în cauză și nu a luat nicio măsură.

Aspecte ale procesului de aculturație

La prima vedere, poate părea că tranziția de la persoana atentă, morală la profesionistul etic ar trebui să fie lină, pentru că valorile și tradițiile se suprapun. Cu siguranță, unele calități, precum onestitatea și conștiinciozitatea, sunt virtuți personale și profesionale în același timp. Totuși, există diferențe atât în ceea ce privește fundamentele morale și implementarea valorilor între cultura personală și cea profesională, cât și între diferite culturi profesionale. Cu privire la acest aspect, Christen și alții (2013) au constatat că unele dintre valorile moralității obișnuite, precum loialitatea față de prieteni, nu își găsesc cu ușurință locul între valorile fundamentale ale specialiștilor în sănătate mentală. Cu toate că unele aspecte în mod clar se suprapun, cum ar fi grija pentru pacienți, implementarea altora poate fi diferită (de exemplu, ascultarea activă față de oferirea de sfaturi sau furnizarea de informații față de împrumutul unor sume de

 bani). Pentru alte aspecte, cum ar fi subiectele intime într-o prietenie și confidențialitatea într-o psihoterapie, suprapunerea este umbrită de complexitatea implementării în situațiile profesionale. Iar alte aspecte aparțin doar situațiilor profesionale. De exemplu, consimțământul informat nu apare de obicei în dezvoltarea unei prietenii sau a celor mai multe dintre relațiile de familie. (Singurele excepții ar putea fi jurămintele maritale — care de obicei nu specifică riscurile! — și unele cazuri de adopție sau unele aranjamente privitoare la plasamentul în sistemul de asistență maternală pentru copii.)

Din cauza acestor diferențe inerente dintre culturile etice, procesul de aculturație etică poate fi unul complex și destul de solicitant. În această secțiune, descriem o parte a acestei complexități și a stresului potențial, prin adaptarea elementelor procesului de aculturație descris de Berry și arătând cum pot fi ele aplicate la procesul de aculturație etică.

Berry și Sam (1997) au identificat următoarele faze ale procesului de aculturație:

- Precontactul
- Contactul
- Conflictul
- Criza
- Adaptarea

Aceste faze pot furniza un cadru de lucru util pentru înțelegerea dezvoltării identității profesionale a oricărui profesionist (Skovholt și Rønnestad, 1992).

Chiar înainte ca studenții să intre în programele de formare profesională (precontact), ei pot avea deja unele idei cu privire

la etica viitoarei lor cariere din surse precum mass-media (de exemplu, filme precum *Good Will Hunting*), din experiențe educaționale anterioare (de exemplu, cursuri, interacțiuni cu diverși consilieri), experiențe personale ca pacienți sau povești de viață din familia proprie sau familiile prietenilor lor. Aceste impresii inițiale sunt cel mai probabil simpliste și pot chiar fi cu totul greșite. O temă care apare de timpuriu pe parcursul studiilor universitare (contact) poate fi evaluarea și explorarea acestor idei preexistente. Bashe, Anderson, Handelsman și Klevansky (2007) au descris câteva modalități de îndeplinire a acestei sarcini (a se vedea, de asemenea, Anderson și Handelsman, 2010; Gottlieb, Handelsman și Knapp, 2008). O tehnică ce poate fi folosită în acest scop este *autobiografia etică,* prin care studenții își explorează cunoștințele de etică profesională, conceptele despre bine și rău și de unde le vin aceste idei. Am constatat că scrierea și discutarea autobiografiei etice ajută la crearea unui cadru util — dimensiunea de întreținere a aculturației — pe care cei aflați în formare profesională îl pot folosi pentru a integra noile informații pe care le primesc despre valorile și etica profesionale.

Un alt exercițiu pe care l-am considerat util pentru a-i ajuta pe studenți să-și exploreze modul de implementare a valorilor personale și profesionale este exercițiul punctelor tari și slabe. În acest exercițiu, studenții numesc trei valori, virtuți, motivații sau principii pe care le consideră a fi punctele lor tari. Apoi răspund la următoarea întrebare: „Cum sau în ce împrejurări ar putea deveni aceste atribute cele mai mari *slăbiciuni* ale voastre?" (Bashe și alții, 2007, p. 64). La fel ca autobiografia etică, și exercițiul punctelor tari și slabe încearcă să îi ajute pe studenți să își dezvolte obiceiurile sănătoase de autoreflecție. Considerăm, de

 asemenea, că și psihologii experimentați pot avea de câștigat de pe urma acestor exerciții.

Faza de conflict poate apărea cu sau fără o criză. Studenții își încep practica, discută aspecte etice cu supervizorii, în mod deliberat se înscriu la cursuri de etică și observă comportamentul etic pozitiv al profesorilor, colegilor și al altor membri ai personalului. Totuși, unii studenți pot observa cel puțin două tipuri de discrepanțe: una între noua lor cultură și cea anterioară și/sau alta între valorile declarate și cele practicate în cadrul programelor lor de formare (Branstetter și Handelsman, 2000; Hammel, Olkin și Taube, 1996).

Atunci când conflictele dintre culturi sunt suficient de puternice, studenții pot resimți la intensități semnificative ceea ce Berry și Kim (1988) au numit *stres de aculturație.* Câțiva factori pot influența sau exacerba stresul de aculturație, inclusiv distanța culturală, modelele de rol, suportul social și formarea în noua cultură (Handelsman și alții, 2005).

Distanța culturală se referă la discrepanța dintre cultura de origine și noua cultură. De exemplu, studenții la psihologie care au o pregătire anterioară în publicitate pot avea de parcurs un proces de aculturație mai profund față de cei care provin din domeniul asistenței sociale sau medical. Berry (1992) a folosit termenul de *năpârlire culturală* pentru a se referi la procesul de renunțare la aspectele culturilor anterioare care nu mai sunt folositoare sau adecvate în noile contexte. De exemplu, psihologii care au fost înainte avocați ar putea să fie nevoiți să renunțe la unele dintre regulile avocaturii pe care le-au învățat la Facultatea de drept. Atunci când procesul de aculturație este prea amplu, psihologii pot trece printr-o *criză de aculturație* „în care conflictul ia amploare și necesită o rezolvare" (Berry și Kim,

1988, p. 210). Dacă asemenea crize apar frecvent, studenții pot fi în situația de a trebui să reconsidere alegerea profesională pe care au făcut-o, iar datoria de a-i susține și ghida în luarea unor asemenea decizii este în sarcina profesorilor și a supervizorilor. (Acest exemplu indică un alt tip de probleme de etică, privitoare la conflictul de interese al formatorilor. De exemplu, consilierea unui participant la un program de formare în sensul renunțării la acesta ar putea să nu dea bine în rapoartele anuale la rubrica privitoare la păstrarea studenților).

Este util să privim ultima fază, adaptarea, ca pe un proces continuu, întrucât aculturația nu are un sfârșit. Psihologii se confruntă cu stresul de aculturație și noi posibile crize ori de câte ori, de exemplu, își dezvoltă noi specializări, lucrează cu populații diferite, schimbă cadrul de lucru, trec prin schimbări în viața personală, se simt amenințați sau pur și simplu câștigă experiență. Și, desigur, psihologii pot fi mai înclinați să se abată de la strategiile de integrare atunci când se confruntă cu dileme etice, cum ar fi decizia de a raporta un abuz asupra unui copil într-o familie, raport care cu siguranță va întrerupe terapia copilului.

În aceste momente de schimbare și criză se poate întâmpla ca psihologii să fie mai vulnerabili la influența factorilor nonraționali și la încălcarea standardelor etice. O atenție explicită acordată modelului aculturației etice poate fi utilă pentru a le furniza psihologilor repere sau standarde mai sănătoase pentru a judeca situațiile pe care le întâlnesc în activitatea lor. De exemplu, judecata cu privire la o anumită alternativă comportamentală (de exemplu, în lucrul cu membrii unei familii pentru a-i ajuta să raporteze ei înșiși abuzul dacă legea statului permite această opțiune) poate fi făcută mai în cunoștință de cauză și poate duce la rezultate mai bune atunci când standardul la care

se raportează este: *Cum pot ajuta eu cel mai bine această familie din rolul meu profesional?*, în loc de: *Cum să evit să dau de vreun necaz?* Strategia de integrare poate fi un punct de plecare mai bun decât acela al respectării prevederilor legale. Cel mai bun rezultat ar fi să respectăm legea, dar în același timp să și ajutăm familia în cauză.

Încadrarea discuției în termenii contactului cu noile valori și ai menținerii celor vechi îi poate ajuta pe psihologi să deschidă noi linii de comunicare între sistemele lor de gândire intuitiv și rațional (Haidt, 2001). Să luăm următorul exemplu:

O petrecere de ziua de naștere

O tânără psihologă, dr. Adderly, avea în terapie o fetiță de nouă ani care urma să își petreacă prima zi de naștere în casa unei asistente maternale. Dr. Adderly simțea o mare compasiune față de fetiță și se întreba ce ar fi putut face pentru a o ajuta să se simtă specială de ziua ei. Și-a pus întrebarea dacă ar fi bine să îi dea un cadou sau să o întâmpine cu un tort la următoarea ședință de terapie.

În mod automat, intuitiv și cu o mare rapiditate (Sistemul 1), gândurile psihologei reflectă reacția ei spontană de a acționa într-o manieră parentală față de copil. În loc să adopte această strategie de separare însă, dr. Adderly s-a gândit la opțiunile pe care le are. Gândirea sa deliberativă, reflexivă și lentă (Sistemul 2) i-a permis să vadă cum ar fi putut să o ajute pe copilă respectând în același timp limitele rolului său profesional. În acest caz, ea a vorbit în particular cu asistenta maternală despre planurile acesteia de a sărbători ziua de naștere a fetiței și despre ce considera mama că ar fi putut face ea ca psiholog pentru a o ajuta pe fetiță să se adapteze la noul său mediu de viață.

Modelul aculturației etice le poate fi de ajutor psihologilor și în înțelegerea tipurilor de greșeli către care sunt înclinați în mod obișnuit. În atelierele și în ședințele noastre de consultanță, adeseori le adresăm participanților o versiune a acestei întrebări: „Atunci când nu vă simțiți la înălțime în situații cu încărcătură etică și nu folosiți strategii de integrare, sunteți mai înclinați să folosiți separarea sau asimilarea ca strategie de ieșire din situație?" Cei al căror răspuns este „asimilarea" pot avea înclinația de a-și baza evaluarea alternativelor pe aversiunea lor față de risc sau pierdere și pot alege cu predilecție strategii pe termen scurt de protecție a dreptului lor de liberă practică. În ședințele de consultație îi putem încuraja pe acești psihologi să conștientizeze motivațiile lor inițiale, de precontact, care i-au determinat să intre în această profesie. Cei care răspund „separare" pot fi mai înclinați să-și bazeze evaluările pe prevalența principiului de prietenie (de exemplu, loialitatea față de o altă persoană) și a relațiilor familiale. În consultații, îi putem îndemna pe acești psihologi să intre în contact cu diferitele surse de informare cu privire la etica profesională, cum ar fi Codul Etic al APA și alte asemenea ghiduri.

Strategiile de repliere ale unora dintre psihologi pot varia în funcție de siutație și de problemele mai pregnante. De exemplu, când psihologii sunt amenințați sau se așteaptă să fie dați în judecată, ei pot alege strategii de asimilare, întrucât nevoia lor este pur și simplu aceea de a urma întocmai procedurile și de a-și consemna activitatea. Acestea sunt strategii bune, dar uneori sunt insuficiente (Capitolul 3). Când adoptă asemenea strategii, oamenii nu se gândesc la comportamente care ar putea ameliora situația, chiar dacă sunt asociate cu relații extraprofesionale. De exemplu, o scuză bine plasată le poate permite pacienților și

 psihologilor să depășească unele neînțelegeri, cu toate că avocații psihologilor nu recomandă folosirea scuzelor în asemenea situații. (Desigur, o scuză pentru o eroare minoră, cum ar fi o întârziere de cinci minute la o ședință, este diferită de o scuză pentru o greșeală clinică sau de etică, ce ar putea avea implicații substanțiale în unele situații suspecte de malpraxis.) Așa cum am arătat în Capitolul 3, cele mai bune strategii de management al riscului sunt de obicei cele care pun accentul pe calitatea tratamentului și promovarea stării de bine a pacientului. Atunci când psihologii analizează alternativele pe care le au la dispoziție și din perspectiva strategiilor de integrare, nu doar a celor de management al riscului, ei pot ajunge la o listă de opțiuni mai cuprinzătoare și mai eficientă.

Uneori, psihologii întâlnesc pacienți atractivi din punct de vedere sexual, financiar sau intelectual. Îi putem numi „pacienți seducători" în sensul larg în care psihologii îi găsesc atrăgători sub oricare aspect. Atunci când sentimentele personale ale psihologilor devin mai puternice, ei devin mai vulnerabili la adoptarea unor strategii de separare. Modelele lor de a gestiona pacienții seducători (sau cel puțin interesanți) pot avea la bază o prietenie sau alte relații mai puțin formale; astfel, psihologii se pot baza pe euristica reprezentativității pentru a dezvolta strategii bazate pe asemenea relații. Mai exact, ei ar putea răspunde prin comportamente caracteristice și în atitudinea lor față de prietenii sau cunoștințele atractive (financiar, intelectual, sexual), chiar dacă aceste comportamente sunt inadecvate în cadrul profesional.

Răspunsurile terapeuților față de pacienții seducători pot fi influențate de euristica disponibilității, care determină accesarea imediată din memorie a unui eveniment similar pe care l-au văzut într-un program de televiziune sau despre care au citit

într-o carte sau într-un ziar (Kahneman, 2011; Kahneman și Tversky, 1979; a se vedea și Capitolul 1 din prezenta lucrare). De exemplu, psihologii pot fi mai degrabă influențați de portretizarea comportamentelor dramatice din *Fatal Attraction (Atracție fatală)* decât de datele statistice concrete cu privire la tulburarea de personalitate borderline. În mod asemănător, când psihologii sunt presați de probleme financiare, ei pot alege strategii de separare, deoarece norma culturală a profitului unei afaceri devine mai pregnantă decât norma culturală a acordării de asistență, astfel că ei pot dezvolta și folosi tipare care supraevaluează acest tip de strategii.

Acest ultim exemplu ne conduce la ideea că oamenii sunt membri ai mai multor culturi în același timp. Acest proces de aculturație include navigarea printr-o multitudine de culturi care, pentru mulți, sunt foarte diferite (cu toate că pentru alții acestea sunt doar roluri diferite, în cadrul aceleiași culturi) și pot include familia, religia, originea etnică, educația, cadrul de lucru, localizarea geografică, aspectele privitoare la afaceri, grupurile organizate în jurul aceluiași hobby și apartenența politică. Specialiști în sănătatea mentală cu cele mai diferite istorii de viață au în comun valori și tradiții profesionale importante, dar își păstrează în același timp și valorile proprii, diferite de ale altora. De exemplu, unii asistenți sociali pot avea mai mult o abordare de susținere a pacienților/clienților lor. Consilierii specializați în cazuri de dependență de alcool sau droguri care se află chiar ei înșiși în proces de vindecare a unor adicții proprii pot fi înclinați să facă autodezvăluiri extinse și probabil exagerate.

De fiecare dată când psihologii se deplasează între sau printre aceste microculturi, ei se angajează în sarcini de aculturație. De exemplu, atunci când depun mărturie ca experți în fața unei

instanțe de judecată, psihologii trebuie să intre în contact cu și să participe la cultura proceselor judiciare (de exemplu, să înțeleagă aspecte precum sistemul adversativ de desfășurare a procesului și de interogare a martorilor), în timp ce își mențin și valorile profesionale ale respectului față de pacient și responsabilității științifice.

Alte tipuri de sarcini de aculturație apar atunci când psihologii și clienții lor provin din culturi diferite, au religii diferite, orientări sexuale diferite și așa mai departe. De exemplu, în măsura în care psihologii și clienții lor își mențin cultura etică de origine, ei pot avea așteptări diferite cu privire la comportamentul profesional în cadrul ședințelor de terapie, precum și cu privire la împărtășirea unor informații altor membri ai familiei, la autodezvăluire și la comportamentele specifice apartenenței politice sau religioase.

Alte teme de aculturație pot apărea în cazul schimbării locului de muncă de la un centru de asistență publică de sănătate mentală la un cabinet privat, în care psihologii pot fi nevoiți să intre pentru prima dată în contact cu probleme precum activitățile de marketing și de facturare și să participe la acestea. Cultura unei practici private poate însemna, de asemenea, colaborări mai puțin frecvente sau mai puțin accesibile cu alți terapeuți și specialiști din domeniu. Această lipsă relativă a contactului continuu sau de rutină cu elemente ale culturii profesiei poate crește riscul ca psihologii să adopte strategii de separare. Mulți autori au observat că izolarea profesională este un factor potențial de comportament lipsit de etică (de exemplu, Chandler, 2009; W.B. Johnson, Barnett, Elman, Forrest și Kaslow, 2013; Koocher și Keith-Spiegel, 2008), iar cei care trebuie să se adapteze la o cultură mai izolatoare ar trebui să își reamintească lor

înșile despre virtuțile smereniei și prudenței — și să încerce să intre în asociații profesionale, să formeze grupuri de intervizare cu alți colegi și, pe orice alte căi, să evite izolarea profesională.

Modelul aculturației etice în acțiune

Să luăm în considerare următorul caz:

Un cadou neașteptat

Dr. Coleman a venit la cabinet într-o dimineață și a găsit un pachet la ușă. Pachetul conținea o vază mică, dar foarte elegantă, trimisă de o pacientă pe care dr. Coleman o trata de câteva săptămâni. Pacienta făcuse progrese mari într-un timp scurt, dar încă mai avea de lucru. Dr. Coleman și-a pus problema dacă să accepte sau nu cadoul, în timp ce vizualiza vaza (care se potrivea perfect) așezată în nișa din colțul camerei de zi din apartamentul său.

Primul curs de etică la care participase dr. Coleman fusese unul destul de tradițional. Ea învățase să consulte Codul Etic al APA, care nu spune nimic însă despre problema acceptării cadourilor, dar furnizează îndrumări despre evitarea daunelor, conflictelor de interes și respectul față de pacienți. Întrebările pe care și le poate pune dr. Coleman se vor centra pe evitarea consecințelor negative ale actelor sale:

Ce poate fi mai probabil să se întâmple: terapia să o ia pe un drum greșit, iar pacienta mea (care se poate dovedi până la urmă a avea o tulburare de personalitate) să sfârșească prin a face plângere la vreo comisie de discipină sau de autorizare

 sentimente asemănătoare cu ale sale și i-ar putea doar confirma ceea ce gândește deja. Dimpotrivă, ea decide să se consulte cu un coleg care are o aplecare mai mare către strategii de asimilare, cum ar fi un fost membru al comisiei de etică din statul în care ea profesează, care poate avea o perspectivă mai conservatoare asupra acceptării cadourilor. Modelul aculturației etice îi oferă un tip de cadru de lucru pentru consultații care îi poate fi de ajutor; dr. Coleman și consilierul său pot folosi modelul într-un mod care să faciliteze conversații mai suportive și pozitive (Gottlieb, Handelsman și Knapp, 2013). De asemenea, poate fi mai ușor de digerat explorarea opțiunilor pe care le are dr. Coleman decât teama că ar putea fi o „persoană lipsită de etică".

Aculturația etică în context

Considerăm că modelul aculturației etice furnizează un context larg în care pot fi realizate autoreflecția și luarea unor decizii etice și că oferă, pentru situații speciale, îndrumări specifice. Modelul îi poate ajuta pe psihologi să devină și să rămână din punct de vedere etic mai sensibili și mai motivați (Rest, 1986, 1994), dar și mai angajați în demersul profesional (Bandura, 1986, 1999). Tenbrunsel și Smith-Crow (2008) au susținut o poziție similară în analiza lor privind motivația etică și conștientizarea în afaceri: „Dacă se află sub influența unui cadru etic, cei care au putere de decizie sunt conștienți din punct de vedere moral. Dacă însă sunt influențați de alte cadre de lucru (de pildă, un cadru de business sau unul juridic), decidenții ar putea să nu conștientizeze aspectele morale" (pp. 552-553). Psihologii pot fi mai înclinați să includă un filtru etic pe măsură ce învață noi abilități, stabilesc politici și proceduri de lucru pentru afacerile

lor, se consultă și colaborează cu alții, supervizează și răspund unor situații problematice din punct de vedere etic.

Am constatat că modelul aculturației etice poate fi un instrument util în formarea studenților din primii ani (în fazele de precontact și contact; Bashe și alții, 2007; Gottlieb și alții, 2008). Mai târziu pe parcursul realizării lor profesionale, modelul aculturației etice poate fi un mecanism prin care psihologii pot considera alegerile etice ca parte componentă a identității lor profesionale, nu doar ca pe niște considerații periferice care sunt invocate doar după ce și-au sunat avocatul.

Modelul aculturației etice îi poate ajuta pe psihologi să se pregătească și să se angajeze în procesul de autoreflecție în acele momente predictibile când abilitățile lor de luare a deciziilor pot fi mai puțin decât optime. Aceste momente antrenează factori situaționali (de pildă, pacienți dificili sau seducători), evenimente ce țin de ciclul de viață personal (de pildă, accesul în profesie, căsătoria, pensionarea iminentă) și momentele de suferință personală. În general, modelul de aculturație etică este o modalitate de ameliorare a implementării celorlalte abilități pe care le analizăm în această carte, asigurând un context personal, emoțional și cuprinzător.

Sumar: întrebări utile

Când folosesc modelul aculturației etice, psihologii iau în considerare în mod explicit influențele culturii lor etice de origine și etica psihologică. Prezentăm aici câteva întrebări pe care le recomandăm psihologilor, care îi pot ajuta să înțeleagă măsura în care rămân fideli culturii lor de origine sau în care participă la cultura profesiei de psiholog, pentru a-și dezvolta

astfel strategii și comportamente care să tindă către integrare și să se îndepărteze cât mai mult de marginalizare. Psihologii pot folosi aceste recomandări în deliberările lor asupra dilemelor etice cu care se confruntă, în dezvoltarea unor politici (de pildă, cum să gestionez telefoanele din timpul nopții ale pacienților?) sau în analiza componentelor etice ale deciziilor clinice sau administrative de rutină. Prezentăm aceste întrebări nu ca pe o listă exhaustivă, nici ca pe niște etape ale unui proces, ci ca pe niște idei de analiză care să poată fi de ajutor în utilizarea modelului aculturației etice:

1. Ce aș face dacă persoana în cauză nu ar fi pacientul meu, ci cumnata mea, un străin de pe stradă, un vânzător de mașini, stilistul meu și așa mai departe?
2. Pe baza căror valori [termenul *valori* în această listă de întrebări poate include virtuți, principii și alte concepte după care se pot ghida psihologii] funcționez eu când fac speculații având la bază diferite prejudecăți, în viața mea de zi cu zi?
3. Ce aș înclina să fac dacă nu ar exista niciun fel de repercusiuni personale sau profesionale (de pildă, dacă nu ar afla nimeni niciodată ce am făcut)?
4. Ce aș face dacă m-aș conforma celei mai stricte interpretări a Codului Etic al APA și a altor norme, ca de pildă politica instituției pentru care lucrez, legile statului sau regiunii în care profesez și așa mai departe?
5. Ce aș face dacă nu ar exista legi care să îmi restricționeze opțiunile?
6. Care sunt motivațiile mele — cele pe care le-aș împărtăși altora și cele pe care le am, dar nu sunt dispus să le admit în fața altora?

7. Ce aș vrea să spună prietenii sau colegii mei despre mine cu privire la această problemă?
8. Care valori ale profesiei mele se suprapun cu valori pe care le am din familia mea, din religia mea, din profesiile mele anterioare și din alte arii ale vieții mele personale?

Dacă există un conflict evident între impulsurile mele personale și obligațiile mele profesionale,

9. Sunt, în general, mai înclinat să acționez în concordanță cu valorile mele personale sau cu cele profesionale?
10. În această situație, sunt atras către zona personală (separare) sau către cea profesională (asimilare)?
11. Care ar putea fi cauza care generează acest conflict interior?
12. Este o valoare a mea, la care nu m-am gândit până acum, care ar putea justifica acțiunile mele din ambele perspective, personală și profesională?
13. Există vreo valoare personală la care țin (de pildă, respectul) care ar putea fi mai importantă pentru mine decât cea pe care o folosesc acum (de exemplu, loialitatea față de prieteni)?
14. Pot încorpora valoarea profesională cu care mă lupt acum (de exemplu, consimțământul informat, informarea pacienților cu privire la riscuri) într-o valoare sau virtute personală pe care o am deja (de pildă, compasiunea)?
15. Pot modifica implementarea valorilor mele personale astfel încât acțiunile mele să devină mai compatibile cu obligațiile mele profesionale?

În măsura în care cititorii folosesc aceste întrebări în timpul deliberărilor lor cu privire la strategiile de aculturație, vor putea

dezvolta și explora și alte aspecte relevante cu privire la factori precum cadrul de exercitare a profesiei, propria istorie culturală și profesională și cea a clienților lor, precum și la datele concrete ale cazului real cu care se confruntă.

Partea a II-a

Aplicații ale celor trei modele

CAPITOLUL 5

Competența profesională

Am prezentat trei modele care îi pot ajuta pe psihologi să optimizeze calitatea serviciilor pe care le oferă, în special când au de gestionat situații dificile sau conflictuale. Toate cele trei modele sunt relevante ori de câte ori trebuie să analizăm diferite opțiuni de natură etică. Modelul decizional etic este deosebit de util atunci când psihologii sunt nevoiți să își pună întrebarea „Care ar trebui să fie obiectivele mele?" Strategiile de optimizare a calității sunt mai relevante când întrebarea pe care trebuie să și-o adreseze este: „Cum îmi ating obiectivele?" Modelul aculturației etice este cel mai util atunci când psihologii trebuie să se întrebe „Care este rolul meu în această situație?" Unele dileme etice mai complexe le impun psihologilor îmbinarea a două sau chiar a tuturor celor trei modele. Ei pot folosi aceste strategii într-o manieră mai eficientă dacă se concentrează pe atingerea rezultatelor etice maxime (a celor mai bune), luând în considerare factorii nonraționali care pot influența luarea deciziilor.

În următoarele capitole, analizăm câteva cazuri clinice care prezintă unele tipuri de situații dificile pe care psihologii le pot întâlni de-a lungul carierei lor. Am ordonat capitolele astfel încât ele să abordeze problemele privind competența, apoi pe cele privind limitele și relațiile cu rol multiplu, consimțământul informat,

 pacienții periculoși și situațiile în care factorii culturali sunt deosebit de pregnanți. Deoarece unele dintre cazurile prezentate implică mai multe tipuri de probleme (de pildă, limite și aspecte culturale, confidențialitate și consimțământ informat), ele vor apărea în capitolele în care noi am considerat că pot fi de cel mai mare folos cititorilor.

Analizele pe care le facem cu privire la cazurile prezentate aici nu au pretenția c-ar fi și nici nu pot fi exhaustive sau definitive. Cu siguranță, nu putem face interpretări care să se ridice la nivelul complexității oricăreia dintre aceste situații clinice, doar pe baza scurtelor descrieri prezentate aici, care conțin doar unele informații esențiale. Mai mult, chiar dacă am prezenta studii de caz foarte detaliate, psihologii care la nivel individual au valori cu accente chiar și foarte puțin diferite față de ale noastre pot ajunge la concluzii foarte diferite, dar la fel de valide. Scopul nostru este acela de a demonstra cum pot folosi psihologii cele trei modele decizionale discutate, pentru a face alegeri excelente și justificate din punct de vedere etic.

Acest capitol prezintă aspecte legate de competența profesională. Conform Articolului 2.01a din Codul Etic al Asociației Psihologice Americane (APA, 2010), psihologii trebuie să „furnizeze servicii, să educe, să cerceteze populația și zonele încadrate între limitele competenței lor în conformitate cu nivelul lor de educație, formare, supervizare, consultare, studiu sau experiență profesională". Competența se bazează în primul rând pe principiile etice generale ale promovării stării de bine a pacientului și evitării producerii de daune. Așa cum am arătat în Capitolul 2 cu privire la luarea deciziilor, unele articole ale Codului pun în balanță competența cu accesul pacientului la asistența de sănătate mentală, permițând o competență mai puțin perfectă în

tratarea pacienților în situații de urgență și atunci când tratarea pacienților are loc în zone care nu sunt deservite corespunzător, în care accesul la specialiștii competenți este limitat.

Acest capitol se ocupă și de alte situații, în care respectarea competenței este deosebit de importantă, precum cele în care psihologii își asumă responsabilități profesionale sau oferă servicii cu cost redus sau *pro bono*, în care pacienții le cer psihologilor să se angajeze în comportamente care sunt ilegale sau ar putea compromite calitatea serviciilor lor, în care pacienții se angajează în comportamente foarte agresive și altele în care membrii publicului sau potențiali pacienți cer servicii la nivel informal.

Când ar trebui psihologii să-și asume responsabilitatea profesională?

Psihologii se angajează în prestarea de servicii profesionale în situațiile în care există o probabilitate rezonabilă de a fi de ajutor (și o probabilitate mică de a acționa în manieră exploatatoare sau dăunătoare). Primul pas în crearea unei relații de ajutor este aceea de a primi pacienții în urma unei prezentări corecte și a unei informări complete. În concordanță cu acest obiectiv, Articolul APA 5.06 stipulează următoarele:

> Psihologii nu se angajează, direct sau prin intermediari, în ofertarea directă nesolicitată de servicii unor clienți/pacienți de terapie actuali sau potențiali sau altor persoane care, prin situația lor particulară, sunt vulnerabile la influențe rău-intenționate. Totuși, această interdicție nu exclude (1) încercarea de a implementa contacte colaterale adecvate în scopul acordării asistenței necesare clientului/pacientului deja angajat în terapie

sau (2) furnizarea de servicii în caz de forță majoră sau în comunități izolate.

Acest articol restricționează posibilitatea ca psihologii să îi exploateze pe cei care prezintă un grad mare de vulnerabilitate. De exemplu, am auzit o poveste, probabil apocrifă, despre un psiholog care le trimitea scrisori părinților dintr-un oraș care fusese de curând lovit de o tornadă. În acele scrisori el descria într-o manieră exagerată, menită a-i speria pe părinți, simptomele stresului posttraumatic (SPT) la copii și posibilele consecințe pe termen lung asupra copilului ale stresului posttraumatic netratat.

În alte situații, aspectele etice din jurul solicitării de diverse servicii sunt mai puțin clare, iar abilitatea psihologilor de a fi de ajutor este mai confuză. Să analizăm următoarele două exemple:

Două cereri de ajutor indirecte

Dr. Able era membru al juriului unui concurs de eseuri pentru elevi de liceu. În acest context, ea a citit un eseu al unui elev, cu un stil sumbru și care prezenta o ideație suicidară pasivă.

Într-o altă situație, Shondra era pacienta doctorului Zenhari la un centru de consiliere pentru studenți. Shondra i-a povestit doctorului Zenhari cum colega ei de cameră, Rose, luase la un moment dat o supradoză de pastile într-o aparentă tentativă de suicid. Shondra i-a mai povestit doctorului Zenhari că Rose s-a trezit a doua zi de dimineață și a mers la cursuri, dar și că Rose nu făcea niciun fel de tratament.

În aceste situații, doctorii Able și Zenhari și-au pus întrebarea dacă abordarea acestor persoane, care aparent se află în nevoie, ar respecta principiul etic de a face bine (promovarea stării de

bine a acestor persoane). Totuși, amândoi psihologii erau conștienți de faptul că ofertele nesolicitate sunt adesea contraproductive, apărând riscul încălcării principiului de a nu face rău. De exemplu, beneficiarul potențial al serviciilor poate percepe oferta de ajutor ca pe o ofertă de vânzare nesolicitată și, în plus, jignitoare și intruzivă. Deci, nu există asigurări că ar fi respectat principiul de a promova starea de bine dacă oricare dintre persoanele în cauză ar fi abordate chiar și doar pentru a determina dacă au sau nu nevoie de asistență.

La începutul lucrului cu psihologii care ne solicită consultații, le adresăm următoarele întrebări: Ce ați face dacă nu ați fi psiholog? și Ce anume doriți în profunzimea sufletului dumneavoastră să faceți în acest caz? Le adresăm aceste întrebări pentru câteva motive. În primul rând, adresăm aceste întrebări pentru a-i ajuta pe psihologi să-și exploreze propriul bun-simț intuitiv cu privire la ceea ce ar fi corect, bun-simț care este adeseori prima și cea mai mare distorsiune care apare în deciziile etice (Haidt și Kesebir, 2010). În al doilea rând, vrem să-i ajutăm pe psihologi să își exploreze etica din cultura de origine, care poate influența primele lor impresii sau intenții. În al treilea rând, vrem să vedem cum le poate influența judecata euristica afectului (o încredere exagerată în sentimente precum disconfortul și preferința) precum și alți factori nonraționali. În cazurile de mai sus, doctorii Able și Zenhari pot simți în mod intuitiv simpatie față de unii oameni, chiar dacă acei oameni nu le sunt pacienți. Sentimentele lor sunt congruente cu alte sentimente precum: „Am intrat în profesie ca să îi ajut pe oameni" sau: „Eu sunt un om căruia îi pasă". Este sarcina noastră aceea de a conștientiza importanța acestor sentimente, iar apoi, folosind modelele noastre, să le optimizăm, prin analiză sistematică, din perspectiva eticii psihologiei.

Conform modelului în cinci pași al luării deciziilor, dr. Able și dr. Zenhari ar trebui să ia în considerare principiile etice generale relevante, al primatului stării de bine a pacientului și al promovării binelui public, în contextul preocupării pentru starea de bine a unei persoane care este un membru al publicului larg, dar care ar putea fi și un potențial pacient. Cel de-al doilea pas este acela de a analiza alternativele de acțiune care pot rezolva conflictul aparent dintre aceste două principii etice. În ambele situații, psihologii au căutat soluții alterntive pentru a-i ajuta pe cei care păreau a se afla în suferință. În prima situație, dr. Able l-a anunțat pe directorul liceului de proveniență a elevului, care putea apoi să îl urmărească pe adolescentul respectiv. În cea de-a doua situație, dr. Zenhari, cu permisiunea Shondrei, i-a alertat pe oficialii facultății responsabili cu supravegherea căminului studențesc. Ca urmare, dr. Able și dr. Zenhari au putut promova binele unui membru al comunității (acționând conform principiului promovării stării de bine), evitând în același timp daunele ce ar fi putut apărea dacă i-ar fi abordat direct pe cei în cauză (principiul evitării daunelor).

Pentru a ajunge la aceste alternative optime, acești psihologi probabil că au luat în considerare factorii nonraționali care le-ar fi putut afecta judecata. De exemplu, se prea poate să fi simțit emoții precum compasiunea (din cauză că, poate, o rudă apropiată trecuse printr-o situație similară), care i-ar fi putut împinge să intervină, deși ar fi fost mai bine să nu o facă. Sau s-ar fi putut simți puțin prea nerăbdători să își ofere ajutorul dacă, de curând, veniturile lor s-au micșorat. Sau se poate să fi ezitat să intervină din cauza unei plângeri recente contra lor, sau ar fi putut ignora pur și simplu situația cu totul din cauză că erau prea ocupați și se temeau de repercusiuni.

O modalitate de a identifica aceste componente nonraționale este aceea de a le cere studenților sau celor care solicită consultanță să își pună următoarea întrebare atunci când ajung la o decizie provizorie: Ce ar trebui să se schimbe — în voi înșivă, în această situație, sau la alte persoane implicate — pentru ca decizia voastră să fie diferită? Handeslman (2011) a numit această tehnică *testarea limitelor*. Acest tip de întrebare îi încurajează pe psihologi să observe limitele și problemele potențiale ale alternativelor pentru care optează și să examineze modul în care principiile lor interacționează cu diferiți factori nonraționali. De exemplu, în cazul studentei cu comportamente suicidare, decizia ar fi putut fi diferită dacă ea ar fi făcut apel în mod direct la ajutorul unui psiholog.

Psihologii din aceste exemple se simțeau motivați să ajute prin intervenții directe. Analizând mai bine însă, ei au constatat că impulsul motivațional al înclinației lor către valoarea prieteniei era mult mai puternic decât tendința către asumarea responsabilității profesionale. Le poate fi de ajutor identificarea intervențiilor directe ca strategie de separare derivată din valoarea prieteniei pe care o au din cultura personală. Ei pot analiza, de asemenea, și strategia de asimilare extremă a ignorării situației, pornind de la inexistența unei relații profesionale sau a vreunei responsabilități legale directe față de persoanele implicate. Până la urmă, ei au putut dezvolta totuși strategii de integrare care au încorporat atât reacțiile lor afective inițiale, cât și considerațiile de natură profesională.

În alte situații, psihologii pot fi nesiguri dacă o persoană cere cu adevărat ajutor. Oricum ar fi, nu face nimănui niciun bine interpretarea exagerată a evenimentelor sau implicarea în glume proaste sau farse. Să luăm următorul scenariu:

„Micul Billy"

Un psiholog care avea adresa de e-mail publicată într-un anunț de publicitate profesională a primit un e-mail din partea unui anume Billy care pretindea că are opt ani, care i-a scris: „Ajutați-mă! Părinții mei se ceartă, și eu vreau să înceteze!"

Psihologul nu știa dacă aceasta era o farsă sau dacă „Billy" era chiar un copil sau dacă locuia în statul în care psihologul avea drept de liberă practică. Mai mult, pentru că Billy era, cel puțin în aparență, un minor, psihologul nu avea dreptul legal de a interveni fără permisiunea părinților copilului. O strategie de asimilare ar fi putut fi aceea de a nu răspunde la mesaj, pentru că nu avea nicio obligație legală de a face acest lucru. Cu toate acestea, se putea ca Billy să fie un copil real și cu adevărat aflat în nevoie. Dacă lucrurile ar fi stat așa, psihologul dorea să îl ajute, dar îi era greu să știe ce să facă pentru a acționa într-o manieră benefică fără a folosi însă o strategie de separare. Ca rezultat, psihologul a păstrat în minte principiul evitării daunelor când a răspuns e-mailului îndrumându-l pe Billy să vorbească cu învățătoarea sau cu psihologul de la școală.

În acest caz, nu exista nicio relație psiholog-pacient și, conform legilor statului și Codului Etic al APA, psihologul nu era în niciun fel obligat să răspundă. Cu toate acestea, conform eticii pozitive, psihologii vor să facă mai mult decât doar să îndeplinească obligațiile minime care le sunt impuse din surse exterioare. În schimb, acest psiholog a găsit o strategie de integrare care are potențialul de a-l ajuta pe Billy fără vreo probabilitate rezonabilă de a cauza vreo daună.

Competența în lucrul cu pacienți din categorii sociale defavorizate: servicii *pro bono*[18] și onorarii reduse

Principiul general aspirațional B: Fidelitatea și Responsabilitatea, care se regăsește în Codul Etic al APA, stipulează că psihologii „se străduie să aloce o parte a timpului lor profesional activităților profesionale prestate contra unei remunerații minime sau chiar fără remunerație sau alte avantaje personale" (APA, 2010). Am fost mereu impresionați de dedicația unor psihologi față de binele public. În plus, cunoaștem psihologi cu cabinete independente care au efectuat sute de ore de voluntariat pentru a lucra cu victime ale diferitelor forme de sclavagism modern (Knapp, 2006), solicitanți de azil care fuseseră torturați de soldați din țările din lumea a treia (Hennessey, 2011) și copii ai străzii din Filipine (Whiteman, 2010), sau psihologi care au contribuit la lupta împotriva politicii de apartheid din Africa de Sud (Brooke, 2012).

O experiență foarte umană

Un psiholog care lucra în Indonezia prin intermediul Comitetului Central Menonit s-a oferit să îi ajute pe musulmanii ale căror comunități fuseseră devastate de tsunami. Majoritatea cetățenilor din oraș muriseră sau fuseseră dați dispăruți. Psihologul și-a oferit serviciile imamului local, care a înțeles câștigul pe care îl poate avea comunitatea sa. Cu încurajarea imamului, elevii de religie islamică, inspirați de faptul că psihologul dovedise că înțelegea traumele prin care trecuseră, și-au petrecut o noapte întreagă căutând în Coran pasaje care să corespundă cu modelul de recuperare pe care

[18] Caracterele cursive au fost introduse de traducător. (*N. red.*)

îl propusese psihologul Comitetului Menonit. Prezentarea pe care ei au făcut-o în fața comunității musulmane a doua zi a contribuit la începerea procesului de recuperare (Knapp, 2005).

Nu putem fi decât inspirați de generozitatea unor asemenea psihologi; acțiunile lor dau viață principiilor aspiraționale ale Codului Etic al APA. Desigur, nu toate contribuțiile mărinimoase sunt adresate oamenilor din țările lumii a treia. Mulți psihologi acceptă slujbe mai prost plătite din cauza angajamentului lor față de comunitățile în slujba cărora lucrează sau a problemelor pe care le abordează, cum ar fi violența domestică și abuzul asupra copiilor. Mulți donează ore din timpul lor în miliarde de alte modalități, cum este, de pildă, asistența acordată populațiilor cu acces îngreunat la servicii. Credem cu tărie în valoarea contribuției în favoarea comunităților noastre și credem că majoritatea colegilor noștri sunt de acord cu acest lucru, așa cum este dovedit de ceea ce fac ei în afara îndeplinirii responsabilităților lor la locul de muncă.

Voluntariatul este un exemplu de așa-numită *obligație opțională,* una care nu le este impusă tuturor. De exemplu, oferirea de consultații fără a primi niciun onorariu sau contra unor onorarii foarte mici nu este o cerință specifică din Codul Etic al APA, dar mulți psihologi își asumă asemenea responsabilități acționând în spiritul principiului promovării stării de bine. Oricum, actul de preluare a unui pacient care achită un preț scăzut nu schimbă în niciun fel obligația psihologului de a se asigura că tratamentul este aplicat cu aceeași conștiinciozitate. Pentru a avea rezultate bune, psihologii trebuie să cumpănească atent dacă, unde sau când să se angajeze în acțiuni de voluntariat pentru a se asigura că rămân în limitele competenței lor.

Ei trebuie, de asemenea, să își monitorizeze motivațiile care îi împing către aceste acte voluntare. Activitățile de voluntariat pot servi unor nevoi personale; dacă motivele egoiste devin prea puternice, psihologii pot risca să se implice într-un mod exagerat și pot risca să le facă rău chiar celor pe care doresc să îi ajute.

Nu cunoaștem o formulă precisă care le poate spune psihologilor când și cum să își împartă timpul între obligațiile față de ei înșiși, față de familiile lor și față de ceilalți. O recomandare generală este aceea ca obligațiile opționale să nu îi distragă de la cele primare. Poate fi de dorit ca psihologii să își desfășoare sâmbăta activitățile de voluntariat la clinica unde sunt oferite servicii accesibile oamenilor săraci. Totuși, dorința de a realiza asemenea activități de voluntariat trebuie analizată cu atenție dacă aceasta înseamnă că ei ar putea să nu își îndeplinească obligațiile pe care le au față de familiile lor.

Filosoful Immanuel Kant (1785/1994) s-a ocupat de factorii nonraționali care influențează luarea deciziilor cu mult înainte ca psihologia să îi descopere. El credea în îndeplinirea obligațiilor morale, dar a avertizat cu privire la acțiunile bazate exclusiv pe reacțiile emoționale. Kant (1785/1994) scria că actele de iubire nu trebuie să fie îndeplinite doar pe baza unor „înclinații sensibile" sau a „compasiunii simpatetice" (p. 20). În schimb, actele de iubire trebuie să fie realizate ca urmare a unui sentiment al datoriei. Aplicat psihologilor, Kant nu ar dori ca aceștia să furnizeze servicii *pro bono* dintr-un sentiment spontan de simpatie față de un pacient. Dimpotrivă, el ar dori ca psihologii să facă aceste acte pentru că au constatat că o asemenea acțiune este în concordanță cu datoriile lor etice. Astfel, psihologii pot întâlni un pacient oarecare care să le provoace o anumită simpatie și să decidă să îi ofere acestuia servicii de asistență cu un

 cost redus. Kant ar fi considerat reacția emoțională ca fiind irelevantă pentru luarea deciziei și ar fi susținut că psihologul respectiv ar fi trebuit să ofere acele servicii unui pacient aflat în nevoie, indiferent dacă acel pacient îi producea sau nu vreo reacție emoțională profundă.

Lipsa de apreciere a lui Kant față de toate emoțiile poate părea oarecum extremă, dihotomică și neconcordantă cu unele dintre motivațiile psihologilor de a-și oferi serviciile. Totuși, perspectiva lui asupra rolului datoriei și al emoțiilor în luarea deciziilor etice este una utilă: psihologii nu își pot permite izbucniri spontane de compasiune care să îi facă să se suprasolicite în diferite activități.

Uneori psihologii pot refuza îndeplinirea unor obligații fără a-și acorda timpul de a se gândi mai întâi cu atenție la ele. Să analizăm următoarea situație:

O psihologă cu resentimente

O psihologă, dintr-un impuls spontan de simpatie față de un pacient, a fost de acord să îl trateze contra unui onorariu redus, estimând că pacientul ar fi avut nevoie de zece, cel mult cincisprezece ședințe de terapie. După un an de terapie cu pacientul respectiv, ea încă nu putea întrevedea finalul acesteia. Psihologa a început să-și regrete decizia și să aibă resentimente față de pacientul respectiv, pentru că fusese nevoită să respingă alți pacienți care ar fi plătit mai mult, ca să poată continua să-l vadă pe acesta pentru un onorariu redus. Cu toate că avusese opțiunea de a-i recomanda pacientului să meargă la un coleg, nu era adecvat din punct de vedere clinic să facă acest lucru și nu simțea că ar fi în concordanță cu propria sa imagine de sine ca profesionist atent.

De-a lungul timpului, simpatia spontană pe care psihologa o resimțise la început față de pacient a început să scadă în intensitate, la fel și angajamentul ei față de oferirea serviciilor sale contra unor onorarii reduse. Ar fi fost mai bine dacă, încă dela începutul activității, ea și-ar fi gândit o politică de acordare a serviciilor *pro bono*. Dorința ei de a furniza servicii gratuite sau cu costuri scăzute vine din simțul ei de etică pozitivă — a oferi mai mult decât minimul necesar — și este susținută de Principiul B al APA: Fidelitate și Responsabilitate. Însă, decizia sa inițială de a-l primi pe acest client se poate să fi fost determinată de decalajul mare dintre nivelul maxim și minim al empatiei, decalaj din cauza căruia adeseori oamenii nu reușesc să se gândească dinainte cum s-ar simți într-o anumită situație (Loewnstein, 2005). Poate că psihologa ar fi decis că putea oferi un anumit număr de ședințe pro bono în fiecare an (sau lună), indiferent de gradul de simpatie pe care l-ar fi simțit față de pacient. Astfel, ședințele acordate acelui pacient ar fi fost mai puțin generatoare de resentimente, pentru că ea le-ar fi putut scădea din numărul-limită pe care și l-ar fi stabilit anterior, iar ei i-ar fi venit mai ușor să recomande pacientului un alt coleg pentru a-și continua terapia atunci când ar fi ajuns la limita de ședințe gratuite pe care și-o stabilise.

Acest exemplu vorbește de la sine despre importanța autoconștientizării cu privire la unele aspecte precum: nivelul de energie, prioritățile financiare, gradul de angajament față de ceilalți. De exemplu, psihoterapeuta din acest caz s-ar putea să fi folosit o strategie de separare când a acceptat să-l vadă pe pacientul în cauză și și-a analizat mai bine decizia abia când era prea târziu. De asemenea, se poate să fi jucat un rol în luarea deciziei sale și sentimentul că-și aduce sieși un serviciu dacă

 acceptarea pacientului a ajutat-o să simtă că își crește propria stimă de sine. Dacă vor lua în considerare acești factori și alții asemenea, psihologii vor reuși să își anticipeze mai bine reacțiile față de obligațiile suplimentare pe care și le asumă.

Când pacienții le cer psihologilor să se angajeze în comportamente lipsite de etică

Uneori pacienții le cer psihologilor să facă unele lucruri care sunt contraindicate din punct de vedere clinic și potențial lipsite de etică. Să luăm în considerare următoarele exemple:

> **Pacienți anonimi**
>
> O pacientă nouă a refuzat să-și spună numele sau adresa și a spus că plătește în numerar. A spus că vrea să plătească pentru o săptămână în avans, astfel încât psihologa să fie asigurată că avea să fie plătită chiar dacă ea nu ar fi venit la ședințele programate.
>
> Un alt pacient a venit și a plătit cu numerar pentru interviul de evaluare. Dar când a sosit momentul să își spună adresa, pacientul a ezitat, iar apoi a declarat o adresă care părea să fie inventată. Mai târziu psihologul a verificat și a constatat că nu exista o asemenea adresă în oraș.

În ambele situații, se pare că pacienții considerau că aceste cereri de informații le-ar fi putut afecta în vreun fel starea lor de bine (ceea ce poate fi o problemă legată de promovarea stării de bine) și le-au impus psihologilor să le respecte decizia (respectul față de capacitatea de decizie a pacientului). Psihologii au fost tentați să cedeze cererilor implicite de a furniza servicii fără a primi informațiile pe care le cereau și altor pacienți. În primul

caz, modalitatea de plată, chiar și pentru ședințele anticipat absentate, putea accentua această tentație. Psihologa în cauză s-ar fi putut gândi că oamenii cumpără și alte produse și servicii rămânând anonimi. Ea putea să justifice chiar și o strategie de separare conform căreia cerința privitoare la informațiile de identificare este ceva impus doar din exterior, de către o instituție de reglementare a statului și că reprezintă o intruziune în intimitatea pacientului, care nici nu e necesară.

O analiză mai atentă arată modurile importante prin care lipsa acestor informații poate cauza riscuri suplimentare chiar pacienților (încălcarea principiilor evitării daunelor și al primatului stării de bine) și posibil chiar și altor persoane implicate (binele public). De exemplu, lipsa informațiilor cu privire la un pacient poate face dificil, dacă nu chiar imposibil pentru o terță parte să obțină accesul adecvat la aceste informații. În plus, dacă pacientul ar fi amenințat o terță parte identificabilă sau ar fi devenit un pacient suicidar, eforturile psihologului de a interveni ar fi fost serios limitate.

O altă variantă a temei lipsei de etică sau a situațiilor dăunătoare apare atunci când pacienții adresează cereri speciale cu privire la consemnarea ședințelor. Să luăm următorul exemplu:

Nu luați notițe (și uitați tot ce am zis)

Doi soți s-au prezentat pentru terapie de cuplu. Procedura obținerii consimțământului informat pe care o aplica psihologa căreia i s-au adresat cuprindea o discuție cu privire la arhivarea informațiilor consemnate și excepțiile de la principiul confidențialității. La intrare, soțul a întrebat-o pe psihologă dacă poate să nu mai ia notițe. Când ea a întrebat care este motivul acestei cereri, el a spus că înțelegea importanța păstrării unor

înregistrări, dar el plănuia să candideze la un post public și nu dorea să existe niciun fel de urme scrise.

A lua notițe este o cerință a celor mai multe comisii statale din domeniul psihologiei și a celor mai multe companii de asigurare. Pacientul din acest exemplu credea că a nu avea notițe era în cel mai bun interes al său. Totuși, psihologa a înțeles că lucrurile nu stăteau chiar așa. Ea i-a explicat că cerințele legale și etice cu privire la consemnarea ședințelor, dintr-un număr mare de motive, priveau tocmai primatul stării de bine a pacienților. De exemplu, ele furnizau o înregistrare istorică a faptului că psihologii oferă servicii de tot mai bună calitate. Ele pot, de asemenea, să conțină informații importante pentru alți specialiști cărora pacienții se pot adresa ulterior. Apoi, ea i-a explicat pacientului măsura și limitele confidențialității și ale naturii, în general, a notițelor scrise în psihoterapie, cu speranța că dacă înțelegea aceste reguli cu privire la confidențialitate, el s-ar fi simțit în siguranță și ar fi renunțat la cererea lui. În acest caz, dacă psihologa s-ar fi temut sau s-ar fi simțit intimidată, ea ar fi putut adopta o strategie de separare și ar fi cedat cererii soțului respectiv, pentru a evita pierderea unui pacient. Totuși, analizând obligațiile sale profesionale ca parte a eticii pozitive, ea a adoptat o strategie de integrare. Făcând acest lucru, ea a realizat că a fi de acord cu cererea acelui bărbat nu ar fi fost nici în interesul lui, nici nu ar fi reprezentat o bună decizie de management al riscului.

Unii pacienți nu sunt ușor de convins și sunt atât de îngrijorați (chiar paranoizi), încât continuă să insiste ca psihologul să nu scrie nimic. A fi de acord cu asemenea cereri ar putea crea unele probleme pentru psihologi. Întâi de toate, a nu lua notițe riscă

să scadă calitatea serviciilor oferite dacă psihologii sunt incapabili să memoreze detaliile importante ale terapiei sau dacă o nouă situație le impune să trimită înregistrările pe care le-au făcut altor specialiști, care se ocupă ulterior de sănătatea pacientului respectiv. În al doilea rând, eșecul consemnărilor reprezintă un risc pentru psihologi, întrucât păstrarea acestor consemnări este o cerință universală a tuturor comisiilor psihologice de avizare a dreptului de liberă practică. În al treilea rând, din principiu, societatea funcționează în general cel mai bine atunci când toate legile sunt respectate și toate obligațiile îndeplinite (chiar dacă în Capitolul 2 am susținut că, în anumite circumstanțe, agenții morali pot aduce argumente etice în favoarea încălcării unor legi). În al patrulea rând, dacă psihologii nu fac consemnări și ar trebui ulterior să apară în fața unor instanțe de judecată ca martori experți cu privire la pacientul în cauză, scopul aflării adevărului urmărit de instanța de judecată ar putea fi compromis.

Psihologii înregistrează ședințele din mai multe motive serioase. Însă, ei pot încerca să diminueze pe cât posibil daunele aduse prin încălcarea unui principiu moral oferindu-le pacienților posibilitatea de a vedea consemnările lor, astfel încât aceștia să știe ce anume este înregistrat în ele. De asemenea, psihologii pot arăta flexibilitate în felul în care realizează aceste înregistrări și pot satisface cererile rezonabile ale pacienților, atâta timp cât însemnările pe care le fac sunt suficiente, corecte și nu conțin informații care pot induce în eroare.

Psihologii cu fundamente morale puternice care contribuie la strategia lor de integrare vor avea mai puține dificultăți sau ezitări de a refuza cererile unor asemenea pacienți, indiferent de cât de convingători ar putea fi aceștia. Acești psihologi înțeleg că, în general, legile trebuie respectate, cu excepția existenței

 unor motive imperioase de a le încălca și a imposibilității găsirii unor alternative, și că standardele profesionale există tocmai pentru a susține primatul stării de bine a pacienților. Ei înțeleg, de asemenea, că cele mai multe legi se bazează pe o fundație morală solidă, la care aderă și ei.

Comportamentul inacceptabil al pacientului

Cu toate că noi considerăm că psihologii trebuie să se comporte cu amabilitate și respect față de pacienți, considerăm în același timp că a le permite unor pacienți comportamente necontrolate poate fi o dovadă de incompetență. Să luăm următorul exemplu:

Comentarii pe internet

O psihologă a dat peste o pagină de internet a unei paciente pe care o trata la momentul respectiv, unde aceasta o descria (pe psihologă) în termeni nu tocmai măgulitori. Comentariile care îi erau atribuite psihologei pe pagina respectivă fuseseră distorsionate sau scoase din context, pentru a o face să pară ridicolă sau chiar proastă. În plus, pacienta făcea comentarii pline de cruzime cu privire la înfățișarea psihologei, ceea ce a făcut-o pe aceasta să se înfurie, simțindu-se umilită.

Unii pacienți se vor angaja în comportamente agresive, inconștienți de modul în care comportamentele lor îi afectează pe ceilalți. Le poate lipsi capacitatea necesară de autoreglare, de exemplu, pentru a-și exprima în mod adecvat frustrările sau pot avea tulburări mentale care îi împiedică să proceseze corect informațiile. Alți pacienți se pot angaja în comportamente în mod deliberat și absolut inutil agresive. Pot fi nepoliticoși,

condescendenți sau inadecvați sexual, sau se pot angaja intenționat în comportamente care să îi rănească sau să-i umilească pe psihologi. Psihologii pot lua în considerare aceste variabile în felul cum reacționează la comportamentele inadecvate.

Considerăm că cel mai bine este ca asemenea comportamente jignitoare să fie abordate devreme și direct, în așa fel încât intervenția să-l ajute pe pacient și să mențină relația terapeutică. Când sunt îndoieli, este mai prudent să se presupună că pacienții nu au fost conștienți de efectele comportamentului lor. De asemenea, astfel de comportamente pot furniza materiale relevante din punct de vedere clinic dacă ele reflectă moduri de acțiune ale pacientului față de alți oameni, în general. Dacă, în ciuda intervențiilor, comportamentul grav ofensator continuă neabătut, psihologii pot lua în considerare încetarea tratamentului. Totuși, ei trebuie să analizeze și posibilitatea de a nu se gândi prematur la terminarea terapiei, din cauza aversiunii proprii față de pierdere (asumarea unor acțiuni riscante pentru a evita neplăcerile anticipate de mai târziu) și a euristicii afectului (a se vede Capitolul 1). De exemplu, comportamentul unora dintre pacienți poate fi o reacție temporară la stres, iar ei ar putea progresa mai târziu destul de frumos. Atâta timp cât tendința generală este către ameliorare, poate fi indicată, din punct de vecdere clinic, continuarea tratamentului cu un pacient care în mod periodic alunecă în comportamente ofensatoare. În același timp însă, a le permite pacienților angajarea în comportamente ofensatoare fără a le aborda ar putea să nu fie în cel mai bun interes al acestora și poate încălca principiul evitării daunelor. Interesul pacienților poate fi servit mai bine (prin prevalența principiului primatului stării de bine) dacă pacienții respectivi învață cum să îi trateze pe cei din jurul lor cu respect.

În plus, psihologii trebuie să ia în considerare și propriile lor sentimente în asemenea situații. Cu toate că psihologii ar trebui să fie rezilienți și să facă față unor critici şi furii care le sunt adresate, toleranța are totuși limitele ei. De exemplu, nu reprezintă o punere în practică a eticii pozitive încercarea de a te plasa deasupra unui asemenea comportament atunci când acesta creează mari resentimente. Cu toate că relația terapeutică este asimetrică, pihologii au dreptul de a se aștepta la respect din partea pacienților lor. Să analizăm încă un exemplu:

Un soț abuziv verbal

Un psiholog trata o familie care primise ordin judecătoresc să participe la patru ședințe de terapie de cuplu; la final, judecătorul urma să primească un raport. Soțul a afirmat de la bun început că scopul lui era să folosească cele patru ședințe pentru a-și umili soția și a-i arăta cât de oribilă era ea ca persoană. Eforturile psihologului de a redirecționa ședința către discuții mai utile au rămas fără succes. După douăzeci de minute, psihologul i-a spus soțului: „Nu vă permit să folosiți aceste ședințe de terapie pentru a încerca să o umiliți pe soția dumneavoastră. Aveți patru ședințe. Aceasta se termină acum. Dacă veți încerca să folosiți și următoarele ședințe în același mod, ele vor fi chiar și mai scurte".

Soțul s-a comportat mai adecvat la următoarele trei ședințe. În acest caz, instanța de judecată îi trimisese pe pacienți la terapie cu așteptarea că ar putea primi un raport care să arate că existau șanse ca acea căsnicie să fie salvată. Totuși, anumite standarde de respect și bună-cuviință trebuie să fie păstrate, iar psihologul era pregătit să le aplice (și să protejeze astfel principiul evitării producerii unor daune). În plus, psihologul nu

credea că putea realiza evaluarea cerută de instanța de judecată dacă soțul continua să întrerupă ședințele cu comentarii gratuite pline de cruzime.

Uneori comportamentul agresiv poat fi subtil sau chiar mascat sub haina generozității. Să luăm următorul exemplu:

O ofertă „generoasă"

O psihologă a primit un telefon de la un avocat care dorea să apeleze la serviciile sale. După interviul inițial, pacientul a zis că ar dori să plătească în numerar, dar apoi a comentat că onorariul psihologei era prea mic și că onorariile sale ca avocat erau de aproape trei ori mai mari decât al ei. Avocatul-pacient a mai zis că, pentru a simți că tratamentul este benefic pentru el, consideră că ar trebui să plătească o sumă aproximativ egală cu cât câștigă el însuși într-o oră. A mai afirmat și că, dacă ea nu acceptă ceea ce îi oferă el, și-ar pierde respectul față de ea ca profesionistă și probabil că nu ar mai continua tratamentul. Neștiind ce să facă, psihologa a primit banii și a stabilit data următoarei ședințe. La sfârșitul acelei zile, psihologa s-a gândit la interacțiunea pe care o avusese cu pacientul cel nou. Nu se simțea bine că primise o plată mai mare decât onorariile sale obișnuite.

Cum ar fi trebuit să reacționeze această psihologă? Să accepte onorariul mai mare? În relațiile de afaceri poate fi acceptabilă încasarea unui onorariu la nivelul a ceea ce poate oferi piața. Mai mult, este important ca pacienții să vină la terapie și nu este nimic în mod inerent lipsit de etică în acceptarea de bani pentru tratament; la o privire superficială, oferta făcută psihologei putea reprezenta un bonus pentru ea. Că terapeuta nu se simțea în largul ei în această situație este un indicator bun la faptului

că m-am folosit de ea. Sau: dacă refuz cadoul, pacienta se poate simți jignită și se va plânge că îi fac rău sau că nu o respect?

Dr. Coleman a citit câteva lucrări despre acceptarea cadourilor (de exemplu, Knox, 2008). Aceste materiale o încurajează să analizeze câțiva factori în luarea unei decizii, inclusiv valoarea pecuniară a cadoului (Gross, 2002), problemele de personalitate pe care le-ar putea avea pacientul, durata în timp a terapiei și cultura pacientului.

La cel de-al doilea curs de etică pe care l-a urmat, dr. Coleman a învățat unele metode suplimentare, mai bune, de deliberare (Knapp și VandeCreek, 2012) și a studiat importanța menținerii vechilor valori, pe lângă cea a contactului cu noua cultură (Anderson și Handelsman, 2010). Astfel, ea face apel la autobiografia sa etică și înțelege că trebuie să analizeze nu doar cultura pacientei ei, ci și propria cultură etică. Ea provine dintr-o familie și o cultură în care recunoștința și reciprocitatea erau importante, iar membrii familiei sale își cumpărau mereu mici cadouri unii altora.

Dimensiunea menținerii valorilor din procesul aculturației sale etice furnizează un cadru clar de lucru în care dr. Coleman își poate analiza cu mai multă atenție motivațiile. De exemplu, îi place foarte mult vaza, iar pe pacientă o simte foarte implicată în terapie. Ea poate explora în detaliu și modul în care emoțiile sale sau alți factori nonraționali (Messick și Bazerman, 1996; Rogerson, Gottlieb, Handelsman, Knapp și Younggren, 2011) o pot ajuta sau o pot împiedica în luarea unei decizii. De exemplu, stânjeneala personală pe care ar resimți-o dacă ar refuza cadoul pare un factor mai puternic decât câștigul potențial. Dacă greșește și vaza nu valorează atât de mult cât crede ea? Dacă înțelege

greșit perspectiva culturală a pacientei sau nivelul de aculturație al acesteia? Știe că oamenii aflați în asemenea situații devin mai înclinați către adversitatea față de pierdere (Kahneman și Tversky, 1979) și că ar putea considera că stânjeneala ar fi pentru ea o mare pierdere. Știe că probabil caută soluția cea mai convenabilă pe termen scurt, care ar putea fi aceea de a accepta cadoul, de a nu spune nimănui și de a spera că nimic rău (de pildă, vreo reclamație la comisia de etică) nu se va întâmpla.

Sarcina de aculturație pentru dr. Coleman este aceea de a respecta standardele cele mai ridicate ale profesiei într-un mod care să fie congruent pe cât posibil cu tradițiile de reciprocitate și recunoștință cu care ea a crescut. Întrebările pe care ea și le pune din perspectiva aculturației sunt unele pozitive, ca de exemplu:

> Cum pot fi un terapeut excelent și în același timp amabil? În ce măsură încerc să evit stânjeneala care ar apărea din etica mea de origine, în loc să încerc să aplic acele valori într-o modalitate nouă — consecventă cu valorile mele de psiholog? Cum pot să arăt respect, onestitate și compasiune — care sunt valori importante în amândouă culturile mele?

Dacă ea se va lăsa condusă de adversitatea față de pierdere, poate lua în considerare pierderea unor elemente ale identității sale profesionale pe termen lung, pe lângă pierderea de imagine pe termen scurt.

Să presupunem că dr. Coleman știe că are înclinația de a alege o strategie de separare și că vrea să se asigure că se apropie cât mai mult de una de integrare. Ea decide să ceară o consultație și evită tentația de a suna o colegă apropiată care ar putea avea

tratată în siguranță ca pacient în ambulatoriu. În această situație, psihologul a sărit de la Pasul 4 (implementare) înapoi la Pasul 2, unde a reconsiderat opțiunile pe care le avea și a sfârșit luând alte măsuri decât cele decise inițial.

Aplicarea modelului decizional în cinci pași

Modelul de luare a deciziilor în cinci pași este util în situații specifice în care respectarea standardelor etice le impune psihologilor să ia decizii, în condițiile în care cutumele unei agenții sau ale unei instituții intră în conflict cu Codul Etic al APA sau atunci când Codul oferă recomandări insuficiente pentru situația dată.

Dileme etice constatate în standardele în vigoare

Multe dintre regulile stipulate de Codul Etic al APA utilizează termeni relativizanți, precum „rezonabil", „adecvat" sau „potențial", care arată faptul că psihologii trebuie să își folosească propria judecată profesională în aplicarea standardului respectiv. De exemplu, psihologii pot întâlni pacienți care la prima ședință se află într-o stare de tumult emoțional profund. Acești pacienți fie au gânduri serioase de suicid sau omicid, fie se confruntă cu situații de viață care necesită decizii imediate.

Articolul 3.10. Consimțământul informat

În asemenea situații, parcurgerea procedurii de obținere a consimțământului informat anterior începerii tratamentului în timp ce pacienții se află într-o stare de maximă urgență ar duce

la un conflict între principiile respectului față de autonomia pacientului în luarea deciziilor și primatul stării sale de bine. Din fericire, Codul Etic al APA anticipează apariția unor asemenea situații și specifică permisiunea ca temporar un principiu etic să prevaleze asupra altuia, atâta timp cât psihologii încearcă să diminueze daunele create de încălcarea celuilalt principiu etic. Articolul 10.01a prevede că „psihologii îi informează pe clienți/pacienți cât mai devreme cu putință [sublinierea noastră] în relația terapeutică despre natura și cursul anticipat ale terapiei, onorarii, implicarea terțelor părți și limitele confidențialității..." Acest articol le permite astfel psihologilor să decidă în mod discreționar amânarea procedurii de obținere a consimțământului informat cu privire la tratament. În continuare vom explora fiecare alternativă și vom discuta cum poate fi păstrat echilibrul între principiile etice.

Respectul față de autonomia pacientului

Este posibil ca psihologul să reacționeze la situații precum cele menționate concentrându-se exclusiv asupra respectului față de autonomia pacientului. Ne putem imagina un scenariu în care un pacient are o ideație suicidară puternică, dar psihologul trece cu vederea unele comentarii pline de tensiune ale pacientului, pentru a discuta cu acesta despre regulile terapiei, modalități de facturare și onorarii. În acest scenariu, psihologul poate îndeplini formalitățile necesare respectării autonomiei pacientului în defavoarea stării de bine a acestuia. Folosim expresia „formalități ale respectării autonomiei pacientului" pentru că este puțin probabil ca un pacient aflat într-o asemenea criză să fie capabil, din capul locului, să acorde prea multă

 că era conștientă de câștigul său financiar suplimentar și de posibilitatea asumării implicite a unor obligații suplimentare în cazul în care pacientul i-ar fi adresat și alte cereri suplimentare.

Psihologa ar fi trebuit să analizeze mai multe aspecte ce țin de cultura psihoterapiei și de principiile etice implicate. S-ar îndepărta tratamentul în cauză de scopul respectării principiului primatului stării de bine a pacientului dacă ar accepta onorariul suplimentar? Comentariul pacientului reprezintă o problemă de relaționare care are nevoie să fie discutată în terapie sau una care poate face ca acel tratament să fie contraindicat? Potențialul pacient vorbise despre o lipsă de respect față de psihoterapeută, pe care ea trebuie să o abordeze. Dar în funcție de modul în care psihologa răspunde la oferta lui, capacitatea ei de a-l ajuta pe pacient poate fi compromisă. Pe de altă parte, psihoterapeuta trebuie să analizeze dacă acel comentariu reprezintă un simptom al patologiei pacientului și/sau reprezintă un preludiu al unor cereri de favoruri speciale. Ar putea eventual pacientul să se aștepte, de exemplu, la întâlniri în afara programului sau la alte tipuri de tratamente speciale? Ar putea fi aceasta o modalitate prin care pacientul încearcă să preia controlul asupra procesului terapeutic? Dacă da, atunci suma suplimentară de bani poate să nu reprezinte o soluție bună de gestionare a riscului și poate deveni mai degrabă un blestem decât o binecuvântare.

Cereri informale de sfaturi

Mulți studenți povestesc că, acum că știu că ei studiază psihologia, diferiți membri ai familiilor lor îi asaltează cu cereri de sfaturi. Le pun întrebări cum ar fi: „Crezi că Sally ar trebui să se despartă de iubitul ei?" sau „Cum să gestionez izbucnirile

temperamentale ale copilului meu de un an?" Înainte de intrarea la facultate, acești studenți probabil că și-ar fi spus liber opinia, dar de vreme ce sunt, sau cel puțin sunt percepuți ca niște profesioniști, acordarea de sfaturi devine problematică și nerecomandată.

În viața lor socială obișnuită, psihologii se pot simți liberi să ofere sfaturi neprofesioniste prietenilor sau cunoștințelor. Cu toții ne aflăm uneori în situații în care trebuie să fim politicoși, cum ar fi indicarea drumului unui șofer rătăcit. Asemenea acte, deși minore, sunt exemple de acte de binefacere în conformitate cu moralitatea și cultura a ceea ce putem numi în mod obișnuit viață socială. Recomandările profesionale însă trebuie să fie oferite cu mai mare atenție. Cu toate că pronunțarea unor sfaturi scurte sau informale îi poate face pe studenții în cauză să se simtă mai importanți sau mai utili, acest lucru poate fi derutant sau chiar dăunător. Strategiile de integrare pot include exprimarea interesului și/sau grijii față de ceilalți în alte moduri decât oferirea de sfaturi, cum ar fi oferirea recomandării de a face o programare la un coleg specialist, informarea celui care întreabă, că asemenea lucruri au nevoie de evaluări mai detaliate din partea unui specialist imparțial, și/sau distincția dintre *sfaturi cu privire la proces*[19] sau, mai exact, furnizarea de informații cu privire la diferite strategii de rezolvare a unor probleme, și *sfaturi cu privire la fondul problemei*[20], sau furnizarea de informații despre diferite soluții la diferite probleme. Anderson și Handelsman (2010) au afirmat că sfaturile cu privire la proces sunt de obicei mai compatibile cu o atitudine psihoterapeutică de bună calitate. Să considerăm exemplul următor:

[19] *Process advice*, în engleză în original. (*N. t.*)
[20] *Substantive advice*, în engleză în original. (*N. t.*)

Un sfat simplu pentru o problemă complicată

Un psiholog care lucra în cadrul unui centru medical a fost abordat de către o altă agajată a centrului, care dorea un mic sfat în legătură cu fiica ei: „Fiica mea m-a amenințat că se sinucide. Adolescenții fac de multe ori asta. Mă gândesc că nu e mare lucru, nu-i așa?" Psihologul i-a răspuns că ar putea fi lucru mare și că ar fi o idee bună ca angajata să o ducă pe fiica sa la o evaluare.

Psihologul nu a emis o opinie cu privire la fondul unei probleme atât de importante doar pe baza comentariului scurt aruncat pe coridorul spitalului de către angajată. Faptul că angajata respectivă își punea o întrebare de o asemenea importanță și se aștepta la un răspuns rapid era în sine o cauză de îngrijorare. Psihologul ar fi preferat să o liniștească, dar realizând gravitatea potențială a situației, a înțeles că ar fi riscat s-o jignească pe mamă prin intensitatea răspunsului său. Principiul binelui public i-a influențat decizia de a-i da de înțeles mamei respective că problema pe care o prezenta ea trebuia luată în serios. În același timp însă, el și-a integrat obligațiile profesionale cu propriile sentimente de compasiune oferindu-i femeii, pe un ton cald al vocii, mesajul său și asigurându-se că nu mai este nimeni altcineva în preajmă; de asemenea, el s-a oferit să îi recomande și un specialist.

Respectarea limitelor

Studenții noștri și psihologii participanți la ședințele de consultații spun adeseori că aspectele legate de stabilirea limitelor sunt greu de discernut, din cauză că relațiile terapeutice sunt diferite de cele mai multe alte tipuri de relații pe care le-au avut de-a lungul vieții lor. Modalitățile de negociere a limitelor variază foarte mult de la un sex la altul și de la o familie la alta, la fel ca între diferite grupuri etnice și profesii. De exemplu, agenții de vânzări pot folosi autodezvăluirea liber, ca pe un element de rutină al activității lor. Când asemenea persoane, care au lucrat anterior în vânzări, încearcă să se formeze ca psihologi, însă, pot trăi un stres de aculturație mai mare decât alții atunci când încearcă să înțeleagă natura sensibilă a autodezvăluirii terapeutului și trebuie să o gestioneze cu mult mai mare atenție. De aceea, poate fi benefic pentru psihologi să analizeze periodic conceptul de limită pe care îl au din cultura lor de origine și din alte culturi profesionale în care au fost angrenați înainte (Anderson și Handeslman, 2010).

Interpretăm limitele în lumina Principiului General A: Primatul stării de bine și Evitarea daunelor al Codului Etic al Asociației Psihologice Americane (APA, 2010), care, printre altele, le cere psihologilor să „se străduiască să le facă bine celor cu

 care lucrează și să aibă grijă să nu facă rău". Acest capitol include exemple de cazuri care prezintă exemple de relații cu roluri multiple implicite, aspecte legate de limite care apar pe parcursul tratamentului, probleme de stabilire a limitelor cu foști pacienți și probleme care apar atunci când viața personală a psihologilor devine relevantă pentru tratament.

Relații cu roluri multiple inevitabile

În conformitate cu Articolul 3.05a din Codul Etic al APA,

> Psihologul se va abține de la a intra într-o relație în care are roluri multiple dacă în mod rezonabil se poate anticipa faptul că rolurile multiple pot afecta obiectivitatea, competența sau eficacitatea psihologului în îndeplinirea funcțiunilor sale ca psiholog sau dacă acestea riscă să ducă la exploatarea sau producerea unor daune asupra celui cu care este realizată relația profesională.

Unele relații multiple sunt inevitabile — ele apar în mod accidental. Este mai probabil să întâlnim relații multiple inevitabile în comunitățile mici, în armată sau în comunități izolate, deși ele pot apărea și în zonele urbane (Younggren și Gottlieb, 2004). Când apare o relație multiplă neprevăzută sau inevitabiă, Codul Etic al APA le cere psihologilor să „o rezolve cu respectarea cuvenită a intereselor persoanei afectate și cu respectarea maximă a Codului Etic" (Articolul 3.05b).

Drumurile psihologilor și ale pacienților se întâlnesc uneori în cele mai neobișnuite moduri. De exemplu, o pacientă s-a întâlnit cu soția psihologului său în timp ce își cumpăra o pereche de

ochelari noi; o altă fostă pacientă a fost asistenta desemnată să realizeze mamografia fostei sale psihoterapeute. (În acest caz, asistenta a fost suficient de politicoasă și de prevăzătoare și a făcut schimb cu una dintre colegele sale.) Într-o altă situație, un psiholog a mers la sala de sport din cartier într-o pauză dintre două ședințe. Acolo l-a văzut pe unul dintre pacienții săi când ieșea de la duș. (Un psiholog spunea în glumă că într-o asemenea situație este important să păstrezi contactul vizual.) O situație dintre cele mai neobișnuite despre care ni s-a povestit (deși poate fi apocrifă) este cea a psihologei care a descoperit că persoana „necunoscută" cu care își dăduse o întâlnire romantică era unul dintre pacienții săi curenți. Din fericire, l-a văzut pe bărbat la masă cu prietenii ei (ei nu o văzuseră) și a sunat de pe telefonul mobil ca să anuleze întâlnirea. Din păcate, unele relații inevitabile în care psihologii au roluri multiple implicite sunt mult mai puțin amuzante și cu mult mai stresante.

Uneori, psihologii se pot confrunta în mod neprevăzut și inevitabil cu conflicte între rolurile lor profesionale și obligațiile personale față de prieteni sau față de membrii familiilor lor. Să luăm în considerare următorul exemplu:

Îmi poți recomanda un meșter?

O psihologă se afla la o petrecere unde o altă persoană a întrebat-o dacă poate să-i recomande un meșter pentru niște mici reparații prin casă. Un alt invitat a menționat numele unui bărbat care se întâmpla să fie unul dintre pacienții psihologei. În trecut, pacientul făcuse închisoare, recent fusese arestat din nou pentru o serie de furturi mărunte și nu avea niciun fel de remușcări pentru daunele pe care le provocase altor persoane de-a lungul timpului. Psihologa a resimțit o tensiune considerabilă

auzind recomandarea făcută de invitat. Cu toate că dorea să ajute, știa că nu putea încălca regula confidențialității. În această situație, psihologa nu a spus că îl cunoștea pe acel bărbat. Încercând să nu pară prea insistentă, a sugerat numele altor persoane potrivite pentru acel tip de muncă.

În acest caz, binele public a intrat în conflict cu fidelitatea și obligația de confidențialitate față de pacient. Dacă psihologa ar fi aflat acele lucruri despre meșterul cu pricina într-un context social obișnuit, ea ar fi putut spune cu ușurință: „Nu apelați la acest om". Însă, ea obținuse acele informații în cadrul unei relații care o împiedica să le împărtășească altora. Cu toate acestea, a găsit o modalitate alternativă de a ajuta, prin recomandarea altor persoane.

Dacă psihologa ar fi adoptat o strategie de separare, ea ar fi putut dezvălui în mod direct preocupările ei în efortul de a proteja un bun prieten. Pe de altă parte, adoptarea unei strategii de asimilare ar fi însemnat să nu zică nimic, nici chiar să nu recomande alte persoane. O asemenea decizie ar fi putut fi motivată de aversiunea față de pierdere dacă s-ar fi temut cumva că pacientul ar fi aflat despre dezvăluirile ei și s-ar fi răzbunat pe ea. În schimb, psihologa ar fi putut adopta o strategie de integrare, făcând recomandări care au fost utile și fără a risca dezvăluirea relației profesionale.

Uneori psihologii vor fi în situația de a trata membri ai aceleiași familii sau ai aceluiași grup social, din cauza modului cum este conceput serviciul pe care ei îl oferă; alteori, ajung din întâmplare să trateze membri ai aceleiași rețele sociale. Nu este nimic în mod inerent lipsit de etică în a trata doi sau mai mulți membri ai aceleiași familii sau ai aceleiași rețele sociale, fie

simultan, fie consecutiv. Într-adevăr, poate fi un avantaj ca psihologul să știe deja dinainte unele lucruri despre situația de viață a pacientului. Cu toate acestea, pot apărea probleme dacă pacienții respectivi au scopuri conflictuale (Knauss și Knauss, 2012). De exemplu, într-o comunitate mică, o tânără a venit în terapie plângându-se că are dificultăți cu stabilirea limitelor în relația cu soacra sa. În ziua următoare a venit o nouă pacientă; în timpul ședinței de evaluare, a devenit clar pentru psiholog că această pacientă era tocmai soacra de care se plânsese pacienta din ziua anterioară. Într-o altă situație, o pacientă care a solicitat tratament i-a spus psihologului că problema ei era gestionarea stresului și a politicii de la serviciu, inclusiv de a învăța cum să se comporte cu șeful ei. Din discuții a rezultat că șeful acestei paciente era un fost pacient al aceluiași psiholog, pe care acesta îl tratase cu doi ani în urmă. La două săptămâni după acest episod, șeful pacientei l-a sunat pe psiholog și i-a solicitat o nouă terapie.

Alte variații pe aceeași temă pot apărea oricând. Un psiholog trata un pacient cu o tulburare de stres posttraumatic în urma unui accident rutier; un alt șofer implicat în același accident era și el pacient al aceluiași psiholog. Într-o altă situație, un psiholog a fost recomandat unui tânăr de optsprezece ani, dar tot el o trata și pe iubita acelui tânăr, care se gândea să se despartă de el. Într-un alt caz, pacienta de șaisprezece ani a unui psiholog a spus că fusese abuzată sexual, numind pe unul dintre pacienții psihologului ca fiind cel care o atacase. Mama ei a spus: „L-am văzut pe băiatul ăla intrând aici și știu că este pacientul dumneavoastră".

Să analizăm următorul caz care ilustrează o temă cu care se cofruntă mulți psihologi cu experiență:

O problemă dificilă

Dr. Bechet trata un cuplu, soț și soție, în terapie de cuplu, după ce ieșise la lumină faptul că soțul avusese o relație extraconjugală cu câteva luni înainte. Soțul susținea că pusese capăt acelei relații extraconjugale. În același timp, psihologul avea ca pacientă o altă femeie care suferea de o depresie în urma unei relații romantice cu probleme. Doar după câteva săptămâni de terapie cu această pacientă, psihologul a realizat că aceasta era chiar femeia cu care avea o relație soțul care venea cu soția la terapie de cuplu. Femeia susținea că relația continuă.

Psihologul poate fi tentat să aleagă o strategie de separare; dacă nu s-ar afla în rolul de terapeut, ar putea pur și simplu să împărtășească tuturor informația și să-i lase pe ceilalți să se descurce. Însă, cultura psihoterapiei cere o analiză mai atentă a alternativelor. De exemplu, dacă soția ar fi aflat că psihologul o trata și pe „cealaltă femeie" probabil că s-ar fi simțit trădată, s-ar fi supărat și ar fi putut pune brusc capăt terapiei de cuplu. Dacă „cealaltă femeie" ar fi aflat că psihologul îl trata și pe iubitul ei, s-ar fi putut înfuria și-ar fi ieșit din terapie de teamă că psihologul se afla într-un conflict de interese și nu acționa în interesul ei.

Dr. Bechet s-a tot frământat din pricina obligațiilor sale conflictuale față de clienții săi în terapia individuală și de cuplu. Avea față de toți cei trei o datorie de fidelitate — ca să lucrăm chiar cu problemele clienților. Totuși, regulile privitoare la limite și la confidențialitate îl făceau să se îngrijoreze cu privire la capacitatea sa de a-și îndeplini aceste obligații. Dr. Bechet se temea că oricare dintre cei trei clienți s-ar fi putut supăra pe el. Dând curs aversiunii sale față de pierdere, el s-a gândit să închidă brusc terapiile cu toți cei trei, pentru a evita ceea ce se temea el

că avea să fie un sfârșit urât. Dacă ar fi identificat acest conflict mai devreme în timpul tratamentului sau chiar la momentul evaluării, el le-ar fi putut recomanda pe altcineva, cu vaga scuză că un alt coleg ar fi fost mai potrivit pentru problemele lor. Făcând acest lucru, ar fi putut preîntâmpina orice risc de conflict de interese. Problemele însă pot deveni mai complexe atunci când psihologii devin conștienți de existența conflictului abia după ce deja au stabilit o relație cu ambele părți implicate. Mai mult chiar, se pune problema dacă dr. Bechet ar alege să înceteze tratamentul cu toți cei trei dacă acest gest nu le-ar putea dăuna în vreun fel pacienților. Ce ar putea să le spună? Să le spună că se află într-un conflict care îl împiedică să-i mai trateze? Dacă ar face acest lucru, pacienții s-ar putea simți ofensați și răniți sau și-ar putea da singuri seama de natura conflictului. Și dacă și-ar da singuri seama, acest lucru nu ar însemna că psihologul a încălcat regula confidențialității, ci că în mod inutil le-a făcut rău unuia sau mai multora dintre ei. Pe de altă parte, dacă nu încetează să îi trateze, ce poate face pentru a reduce probabilitatea ca unu sau toți trei pacienții să descopere că tot el îi tratează și pe ceilalți?

Psihologii reacționează diferit la asemenea situații sau la altele diferite în funcție de contextul fiecărui caz, de sentimentul lor despre ce este posibil și/sau convenabil și de valorile lor personale, inclusiv cu privire la relațiile extraconjugale. Adeseori, psihologii pun în balanță dauna provocată pacienților prin încheierea terapiei și beneficiile pe care aceștia le-ar putea obține prin continuarea tratamentului. Asemenea deliberări includ examinarea măsurii în care judecata s-ar putea baza pe distorsiuni în folosul propriu. De exemplu, poate fi periculos să-și justifice sieși: „Nu pot termina terapia niciunuia dintre pacienți

 pentru că toți au nevoie de mine". În cazul în care una sau amândouă părțile sunt aproape de finalul terapiei, psihologii pot acționa cu grijă în următoarele câteva săptămâni, până ce conflictul își găsește o rezolvare pe cale naturală, dar această alegere poate să nu fie de ajutor pe termen lung dacă unul dintre pacienți ar dori să se reîntoarcă mai târziu pentru tratament suplimentar. Pe de altă parte, dacă psihologii stabilesc că riscul ca pacienții să afle este unul mare, ar putea fi mai util să se retragă din terapie decât să riște ca aceștia să plece ei singuri și devastați. O asemenea decizie înseamnă, desigur, a-i lăsa pe pacienți într-o anumită măsură nedumeriți, dar ea poate fi aternativa „răului celui mai mic".

Când putem transgresa limitele în relația cu pacienții

Transgresarea limitelor este orice activitate care deviază de la atitudinea terapeutică strict neutră și imparțială (Gutheil și Gabbard, 1993; D. Smith și Fitzpatrick, 1995). Încălcările limitelor nu sunt în mod inerent lipsite de etică și uneori pot fi chiar indicate din perspectivă clinică. Deși transgresarea limitelor poate duce adeseori la încălcări grosolane ale acestora, cum ar fi relațiile sexuale cu pacienții, cele mai multe încălcări ale limitelor par să fie benefice pentru pacienți și nu merg mai departe; panta alunecoasă nu este însă inevitabilă (Gottlieb și Younggren, 2009).

Exemple de transgresări ale limitelor cu indicație clinică sunt angajarea în autodezvăluiri limitate (dacă sunt făcute pentru promovarea stării de bine a pacientului), acceptarea de cadouri simbolice cu valoare mică și chiar îmbrățișarea unor pacienți. Desigur, orice psiholog poate sesiza acele situații sau pacienți cu care chiar și aceste mici transgresări pot fi contraindicate din

punct de vedere clinic (de pildă, pacienții cu un istoric de relații interpersonale dificile sau cu un tipar de interpretare eronată a comportamentelor sociale obișnuite), dar asemenea situații sunt în general excepții.

Uneori, o deviere aparent singulară de la limte poate fi justificată sau chiar indicată clinic. Deși noi nu susținem în general socializarea cu pacienții la restaurant, o astfel de atitudine poate fi justificată în cadrul unor tratamente *in vivo* pentru pacienții cu tulburări de anxietate legate de luarea mesei în oraș sau pentru cei cu tulburări de anxietate socială. Psihologii nu merg de obicei la cumpărături cu pacienții lor, dar poate fi indicat în tratamentele de expunere, ca terapie a atacurilor de panică, atunci când acestea apar în timpul în care pacientul iese la cumpărături. Psihologii nu intră în mod obișnuit în toalete publice împreună cu pacienții lor, dar acest gest poate fi indicat în cazul pacienților care au parurezis, teama de a urina în public (Gutheil și Gabbard, 1993).

Psihologii trebuie, de asemenea, să interpreteze limitele din perspectiva fondului cultural al pacienților. Vasquez (2007) a descris un incident în care a primit o pacientă în timpul pauzei de prânz pentru o ședință de urgență, iar pacienta i-a adus un taco. Vasquez a scris: „Știm că ea își arăta aprecierea, că gestul ei era unul relativ firesc, amabil și că a oferi de mâncare este un lucru foarte obișnuit la latino-americani. Uneori un taco este doar un taco" (p. 407).

Psihologii care iau în considerare posibilitatea transgresării unor limite trebuie să facă acest lucru în interesul pacienților, dar trebuie să se gândească și la interesul lor personal. Să luăm în considerare un psiholog care are un pacient care este pe cale de a-și lista compania la bursă. I-ar fi foarte ușor psihologului

să obțină informații private și confidențiale de la pacient pe care le-ar putea folosi pentru a investi în acea companie fără ca pacientul să afle vreodată. Totuși, conștientizând implicațiile interesului său personal și faptul că discutarea acestei probleme ar putea genera un stres pentru pacient, psihologul s-a abținut de la continuarea discuției despre problema respectivă. Să analizăm următorul exemplu:

O transgresare minoră a limitelor

Proprietarul sălii de sport unde era abonat un psiholog i-a cerut acestuia să-l primească pe fiul său în terapie. Psihologul urma să se mute din cartier și intenționa să renunțe la abonamentul de la sala de sport în curând, astfel că l-a primit pe copil. I-a explicat proprietarului regula generală cu privire la limite, dar și faptul că simțea că îl putea primi pe copil datorită planurilor sale de a se muta într-o nouă locuință.

În această situație, relația extraprofesională dintre psiholog și tată era tangențială și avea să înceteze în curând. Nu exista niciun motiv de a crede că această transgresare a limitelor ar fi încălcat principiul general al primatului stării de bine a pacientului și al evitării producerii vreunui rău copilului. Cu toate acestea, uneori transgresarea limitelor poate fi contraindicată din punct de vedere clinic. Să analizăm acest exemplu:

O dezvăluire care poate avea implicații clinice

Un psiholog a primit un apel de la o soție care i-a solicitat o terapie de cuplu. Soțul a sunat apoi și el pentru a reprograma ședința și a ținut să-i spună psihologului că el era directorul programului de asigurare a calității al companiei de asigurări de sănătate cu care avea contract și psihologul în cauză.

Observația l-a înfuriat pe psiholog, dar l-a și îngrijorat. S-a întrebat de ce ținuse soțul să facă o asemenea mențiune și a hotărât că acesta încercase să-l intimideze pentru a obține un avantaj asupra soției sale. Dată fiind modalitatea în care primise această informație și conștientizându-și propria reacție emoțională, psihologul și-a pus problema dacă ar fi putut oferi un tratament de calitate acestui cuplu, din moment ce se simțea sub amenințarea implicită a răzbunării soțului, dacă terapia nu ar fi mers bine pentru acesta. Psihologul l-a sunat înapoi pe soț și i-a spus acestuia că psihoterapia este mai eficientă atunci când există un potențial foarte mic sau niciunul de a avea și un alt tip de relație sau legătură care ar putea conduce chiar și doar la o aparență de favoritism sau de intimidare a terapeutului. Apoi, i-a recomandat soțului să solicite terapie unui specialist din afara rețelei sale profesionale, astfel încât nici terapeutul, nici pacientul să nu poată fi influențați de eventualele relații extraterapeutice.

Această situație ilustrează importanța contextului în luarea deciziilor. O altă persoană aflată într-o poziție similară de conducere la compania de asigurări medicale ar fi putut dezvălui aceeași informație, dar într-o manieră mai discretă, de exemplu ca răspuns la o întrebare directă venită în timpul evaluării, și nu ar fi dat impresia că încearcă să influențeze cursul terapiei în vreun fel. Totuși, psihologul, care avea experiență în terapia de cuplu, a anticipat corect problemele legate de luptele pentru putere (a se vedea Capitolul 3). El era conștient de faptul că uneori unul dintre soți încearcă încă de la începutul tratamentului să-și creeze o alianță specială cu terapeutul sau să-și afirme poziția superioară față de celălalt soț și că aceste aspecte trebuie abordate de îndată pentru a asigura succesul terapiei.

Psihologul ar fi putut adopta o strategie de separare, gândindu-se că ar fi bine să aibă și o altfel de legătură cu acea persoană. Ar fi putut adopta chiar și o strategie de marginalizare dacă s-ar fi gândit că a-i face pe plac bărbatului i-ar fi adus mai multe recomandări de pacienți de la biroul de decontare a serviciilor medicale și că ar fi putut chiar manipula terapia în favoarea soțului pentru a se asigura de acest lucru. Totuși, el a înțeles că oricare dintre aceste strategii i-ar fi dăunat soției, față de care avea aceleași obligații, în egală măsură. El și-a analizat, de asemenea, propriile reacții emoționale. Desigur, din interes personal financiar, dorea să primească acest cuplu în terapie. Simțea că inițial avusese o reacție pozitivă față de soție. Pe de altă parte, sentimentele negative față de soț l-au ajutat să înțeleagă dificultatea realizării unei terapii cu un pacient care în mod indirect îl amenințase. Trebuia să păstreze controlul asupra terapiei și a înțeles că nu putea face acest lucru dacă ar fi continuat să se simtă amenințat și furios.

Într-o altă situație, o psihologă a acceptat solicitarea de a trata copilul unui director de la o companie de asigurări medicale care deconta servicii de sănătate. Lucrând cu copilul, psihologa a început să își facă griji cu privire la un posibil caz de îngrijire parentală deficitară și la faptul că s-ar fi putut afla în situația de a fi obligată să raporteze unele abuzuri asupra copilului și, astfel, ar fi putut fi nevoită să aibă conversații neplăcute cu părinții în legătură cu comportamentul lor parental. Însă, la prima ședință, directorul de la casa de asigurări medicale a informat-o pe psihologă că ședințele de terapie urmau a fi decontate de către compania la care lucra el, chiar dacă psihologa nu avea contract cu aceasta, și i-a oferit chiar să o includă și pe ea pe lista de colaboratori permanenți ai companiei. Acceptarea unei asemenea

oferte ar fi putut fi în interesul direct al psihologei, dar ar fi putut duce și la un conflict de interese, iar ea a înțeles că orice eforturi ale părinților de a controla economic terapia, care nu erau absolut necesare, ar fi putut influența maniera în care ea urma să realizeze acea terapie. În consecință, ea a spus: „Nu. După ce terminăm tratamentul, voi putea opta să depun o cerere și atunci vor decide alte persoane, care nu au cunoștință despre această terapie". Ulterior, psihologa a resimțit unele urmări morale (sentimente de apăsare), pentru că încă exista posibilitatea ca directorul să-și retragă prematur copilul din terapie, pentru a o determina să aplice ca să fie admisă pe lista de colaboratori permanenți ai instituției. Cu toate că acest tip de întrerupere a terapiei părea a fi puțin probabil, psihologa și-a pus totuși problema dacă nu ar fi putut reduce și mai mult probabilitatea unei asemenea întreruperi și i-a comunicat directorului că a decis că nu va face cerere pentru a fi inclusă pe lista permanentă decât poate la mult timp după finalizarea terapiei copilului.

Să luăm un alt exemplu:

Un televizor

Unul dintre membrii echipei pe care o superviza un psiholog avea o pacientă cu care făcuse o înțelegere, pe care o și întărise în mod repetat, de a cumpăra de le ea un televizor foarte scump cu o reducere semnificativă de preț. Pacienta avea nevoie de bani pentru a achita avansul pentru a obține o locuință printr-un program social destinat persoanelor cu venituri reduse. Supervizorul a aflat din întâmplare de acest aranjament și a blocat vânzarea. Această decizie a supărat-o pe pacientă pentru că avea mare nevoie de bani.

Supervizorul simțea că se afla într-o dilemă. Pe de o parte credea că trebuia să blocheze tranzacția pentru că aceasta părea să fie o transgresare a limitelor contraindicată din punct de vedere clinic — poate chiar o încălcare grosolană. De asemenea, dacă nu ar fi interzis vânzarea, ar fi girat acțiuni îndoielnice din punct de vedere etic și nu ar fi fost un model de comportament etic pentru studentul său. În plus, transgresările limitelor pot escalada, iar supervizorul dorea să prevină apariția unor probleme ulterioare. Pe de altă parte, din cauză că pacienta avea nevoie de bani și nu și-ar fi putut permite să achite avansul pentru apartament fără suma respectivă, ar fi putut fi nevoită să întrerupă tratamentul dacă nu găsea pe altcineva care să-i cumpere televizorul.

În orice caz, supervizorul și studentul său trebuiau să poarte o discuție importantă cu privire la reducerea daunelor ce-ar fi putut-o afecta pe pacientă din cauza blocării tranzacției, precum și a daunelor ce ar fi putut afecta relația terapeut-pacient sau instituția la care psihologii lucrau dacă tranzacția ar fi avut loc. În acest exemplu, ambele părți au trecut prin experiența unui stres de aculturație. Din partea supervizorului, permisiunea ca tranzacția dintre terapeut și pacientă să aibă loc ar fi reprezentat o strategie de separare dacă decizia sa ar fi fost aceea de a-l scuti pe psihologul supervizat de rușinea retractării ofertei. Supervizorul a înclinat însă către integrare în două moduri. Mai întâi, a luat în considerare principiile profesionale al primatului stării de bine și al competenței, care l-au împins către interzicerea vânzării. În al doilea rând, a reconsiderat valoarea pe care o dădea câtorva dintre virtuțile sale. A ridicat virtutea loialității față de rolul său de supervizor deasupra simpatiei personale pe care o avea față de psihologul supervizat. A adăugat, de asemenea,

la acest mixt de valori și virtutea integrității, care i-a permis să încorporeze mai ușor identitatea sa profesională în decizia pe care a luat-o.

Psihologul supervizat trebuia, la rândul lui, să dea mai multă valoare terapiei și relației terapeutice pe termen lung, în detrimentul aranjamentelor pe termen scurt, care l-ar fi făcut să se simtă poate mai bine. Moralitatea sa personală, ce includea compasiunea, l-a făcut inițial să se simtă bine în rolul pe care l-ar fi îndeplinit în tranzacția respectivă. Adaptarea sa la cultura profesională însă însemna că trebuia să înțeleagă faptul că respectarea limitelor și a celorlalte principii etice ar putea să nu-l facă să se simtă bine întotdeauna — cel puțin pe termen scurt — și că atât prudența, cât și utilitatea impuneau acordarea unei atenții deosebite pericolelor implicării prea mari în relația cu pacienții.

Supervizorul și psihologul supervizat puteau explora dilema de asemenea în termenii Sistemului 1 și Sistemului 2 de gândire. Gândirea în Sistemul 1 înseamnă uneori a substitui o întrebare mai ușoară cu una mai complicată. Psihologul supervizat probabil că a folosit Sistemul 1 de gândire când a fost de acord să cumpere televizorul, răspunzând la întrebarea mai ușoară: „Cum pot eu să o fac pe această pacientă să se simtă mai bine acum?" O întrebare mai dificilă, în Sistemul 2, ar fi putut fi: „Cum pot păstra o alianță de lucru bună cu această pacientă în beneficiul ei pe termen lung și în același timp să respect limitele adecvate acestei relații?" Supervizorul și psihologul supervizat trebuiau să discute, de asemenea, despre felul cum terapeutul avea să comunice clientei decizia finală. De exemplu, cât din ceea ce discutaseră în supervizare trebuia să știe clienta și cum avea să-i fie comunicat pentru a maximiza beneficiile și a evita daunele inutile?

Poate fi tentantă transgresarea limitelor prin oferirea de bani pacienților care au nevoi financiare acute. Deși psihoterapia nu este o modalitate alternativă pentru pacienți de a obține asistență financiară, psihologii trebuie să fie sensibili la efectele grave pe care le poate avea asupra pacienților pauperitatea. Sărăcia înseamnă mai mult decât doar lipsa banilor. Ea este un fenomen multifațetat care implică un amestec de factori educaționali, de asistență medicală, economici și, destul de frecvent, factori ce țin de gen și de etnie. Uneori este imposibilă realizarea unei terapii constructive cu pacienții care sunt preocupați de foame și de boli fizice netratate (pentru referințe suplimentare, a se vedea Mullainathan și Shafir, 2013). În asemenea cazuri, planurile de tratament pot include contactarea agențiilor de servicii sociale care îi vor putea ajuta pe pacienți să își satisfacă nevoile de bază. De exemplu, o psihologă i-a recomandat unei paciente un program special oferit de o companie locală de gaze, care îi acorda pacientei asistență la plata facturilor de încălzire a locuinței. Pacienta a considerat acest gest ca pe o dovadă că psihologei chiar îi păsa de ea, ceea ce a ajutat la întărirea relației terapeutice.

Un alt psiholog lucra pentru o agenție care îi ajuta pe imigranții ilegal cu nevoi speciale. Agenția furniza o gamă de servicii, inclusiv aprovizionare cu hrană, adăpost temporar și alte servicii de asistență materială. Totuși, agenția privea consilierea ca pe o activitate distinctă și nu o asocia cu alte servicii. Astfel, pacienții puteau primi mâncare și adăpost, dar să aibă parte și de consiliere, sau puteau primi consiliere, dar să nu fie în mod obligatoriu eligibili și pentru mâncare, adăpost sau alte servicii.

Este firesc pentru psihologii care lucrează cu pacienți grav afectați de sărăcie să simtă compasiune, dar ei trebuie să se asigure că sentimentele lor sunt integrate cu relațiile profesionale în care sunt angrenați cu pacienții lor. Poate fi lăudabilă dăruirea unor sume de bani (chiar și a unor sume substanțiale) unei rude care are dificultăți financiare, dar psihologii care fac acest lucru pentru pacienții lor adoptă strategii de separare. O altă capcană constă în faptul că, în virtutea rolului lor profesional, psihologii se află într-o poziție de putere mai mare și trebuie să lucreze în sensul evitării conflictelor de interese. În acest caz, a-i ajuta financiar pe pacienți poate fi o problemă de întărire a propriei imagini de sine și de încurajare a unei dependențe mai puternice a pacienților față de psiholog.

Cunoaștem câțiva psihologi care folosesc strategii de integrare pentru a clarifica limitele terapiei în lucrul cu pacienți pauperi. Unii fac donații consistente și importante către asociații locale care oferă hrană, îmbrăcăminte și adăpost temporar săracilor. Aceste gesturi le dau satisfacția actualizării principiului binelui general și contrabalansează sentimentele generate de situația imposibilității de a-i ajuta direct pe proprii pacienți.

Păstrarea limitelor în cazul vizitelor la domiciliu

În unele programe de intervenție speciale pentru copii, asistenții de sănătate mentală pot petrece perioade importante din timpul lor de lucru oferind servicii directe la domiciliul pacienților. Natura însăși a spațiului intervenției poate activa un cadru relațional de tip „prieten" sau „musafir" atât pentru pacienți, cât și pentru specialiști și poate fi un stimul pentru adoptarea strategiilor de separare. Psihologii pot resimți presiunea de a modela

 relația dintr-una profesională într-una socială în care se aplică normele și etica prieteniei și a relațiilor sociale cotidiene. De exemplu, unii terapeuți pentru copii trebuie să fie prezenți la domiciliul pacientului în timpul meselor, întrucât acestea sunt momentele în care pot apărea multe conflicte familiale. Când au loc asemenea vizite, adeseori, familiile vor pregăti un loc pentru psiholog la masă, pentru că ar putea considera că ar fi o nepolitețe din partea lor să mănânce de față cu acesta. Mai mult, terapeutul însuși poate simți că ar fi nepoliticos din partea sa să refuze invitația. Totuși, principiile etice se aplică și în acest cadru, chiar dacă este vorba despre un context social diferit. Astfel, psihologul trebuie să reitereze natura rolului său, să păstreze limitele profesionale și să continue să se lipsească de plăcerea unui prânz împreună cu familia respectivă, în timp ce lucrează cu copilul. Într-o asemenea situație, respectarea principiilor evitării daunelor și primatului stării de bine cu privire la copil și la serviciile acordate va prevala asupra respectului datorat familiei ca oaspete în casa acesteia.

Uneori, cei care oferă servicii la domiciliu descoperă fără să vrea lucruri neplăcute despre familia în cauză, cum ar fi observarea unor gesturi de cruzime față de animale. Văd animale malnutrite sau bolnave și care nu primesc îngrijiri medicale sau au blana neîngrijită, infecții ale pielii și alte maladii. Uneori, ei observă dovezi ale disciplinării dure și ale abuzului fizic asupra animalelor. Un terapeut a văzut-o la un moment dat pe mama unui pacient așezându-se pe o pisică și chicotind în timp ce pisica mieuna de durere. Pot interveni specialiștii care furnizează servicii la domiciliu când observă asemenea situații de abuz asupra animalelor? Pot exista întotdeauna diferențe între valorile terapeutului și cele ale părinților. Psihologii pot considera

că animalele au dreptul la hrană, adăpost, îngrijiri medicale, siguranță și legături emoționale cu companionii lor. În același timp, părinții pot considera animalele ca pe niște obiecte sau lucruri care nu au niciun fel de drepturi.

Putem calsifica acest conflict între sistemul de valori al specialiștilor și cel al familiei ca pe o credință în binele general (animalele domestice au drepturi) versus o credință a părinților în lipsa binelui general (animalele nu au drepturi; a se vedea Capitolul 9). Totuși, cruzimea față de animale indică adeseori cruzime și insensibilitate generalizată față de ființele vii, inclusiv față de oameni. De exemplu, Overton, Hensley și Tallichet (2012) au constatat că acei copii care manifestă cruzime față de animale aveau tendința de a se manifesta cu aceeași cruzime și față de oameni. Cruzimea față de animale poate fi o parte legitimă a unei intervenții mai ample a specialiștilor care oferă servicii la domiciliu, pentru că poate fi relevantă și pentru starea de bine și dezvoltarea emoțională a copilului. În consecință, poate fi legitim ca specialiștii să includă tratamentul animalelor ca mijloc de promovare a stării de bine a copilului. În cazul în care mama râdea când se așeza pe pisică, terapeutul i-a spus acesteia că ar trebui să-i ofere copilului un model de comportament mai bun față de pisică, pentru că acei copii care abuzează pisicile sunt mai neascultători față de părinții lor când cresc.

Stabilirea limitelor în tratamentele inovatoare

Psihologii trebuie să păstreze limitele pentru a asigura starea de bine a pacienților lor, dar aceste limite pot fi transgresate în multe moduri subtile. Să luăm acest exemplu:

Cineva aflat pe același drum

Hotărâtă să grăbească tratamentul, o psihoterapeută a întrebat-o pe pacienta sa dacă i-ar plăcea să întâlnească pe cineva care „a parcurs același drum". Pacienta era interesată, astfel că psihologa i-a dat numele şi numărul de telefon ale unei foste paciente, astfel încât cele două să se întâlnească într-un cadru social şi să se poată susţine una pe cealaltă. Psihoterapeuta considera că acţiunile ei nu erau în niciun fel diferite de o recomandare dată pacientei de a participa la un grup de suport.

Intențiile terapeutei erau bune. Cunoaștem situații în care foști pacienți s-au întâlnit cu actuali pacienți în cabinet pentru a vorbi, de exemplu, despre vindecarea lor de cancer. Totuși, echivalarea unei întâlniri de socializare cu cea a unui grup de suport se apropie mult prea mult de capătul separării de pe continuumul procesului de aculturație. Se poate ca sentimentele psihologei, atât față de actuala pacientă, cât și față de fosta sa pacientă, să fi influențat-o să apeleze prea repede la gesturi de susținere în locul unor acte terapeutice.

Psihologa și-ar fi putut pune întrebări precum: Care sunt diferențele dintre recomandarea de a participa la un grup de suport și oferirea numelui și numărului de telefon ale unei foste paciente? Dacă scopul punerii în legătură a pacientei mele cu o alta este unul social, ar putea dăuna gestul meu în vreun fel relației terapeutice? Ar trebui oare să cer mai întâi permisiunea fostei paciente pentru a face acest lucru? Dacă da, în ce fel i-aș putea adresa această solicitare? Ar putea oare fosta mea pacientă să se simtă presată să accepte, dorind să păstreze o relație bună cu mine? Ar dori poate să se reîntoarcă în terapie la un moment dat, iar invitația mea i-ar putea influența negativ această decizie?

Care sunt motivele mele reale? Am vreun câștig personal de aici? Sunt acestea nevoi de satisfacere a unor deficite personale sau chiar exploatatorii (poate nevoia de a salva pe cineva și așa mai departe) pe care ar trebui poate să mi le satisfac în alte moduri? Ce se întâmplă dacă cele două paciente nu se plac una pe cealaltă? Îmi asum vreo responsabilitate legală dacă fac acest lucru? În sfârșit, cum aș putea să-mi clarific toate aceste aspecte?

O altă problemă este faptul că în această situație concretă nu este instituit niciun fel de mecanism de control al calității în ceea ce o privește pe fosta pacientă. Cu toate că poate fi o persoană foarte amabilă, nu există nicio asigurare cu privire la faptul că are vreo competență specială care ar putea-o ajuta pe pacienta curentă. Într-un grup de suport, pe de altă parte, cei care conduc ședințele au specializări în domeniu sau experiență, iar scopul psihologului este acela de a le oferi îndrumări cu privire la modul în care să evalueze dacă grupul de suport este de ajutor sau nu. Să luăm următorul exemplu care prezintă o potențială deviație lipsită de orice garanții de la cadrul de lucru:

Este psihologul un „pețitor"?

Un psiholog care conducea un grup de terapie pentru pacienți cu anxietate socială s-a gândit să țină următoarea ședință de grup la un bar din vecinătate, astfel încât pacienții să-și poată testa abilitățile de a întâlni oameni noi. Din fericire, el a prezentat această idee în grupul de intervizare înainte de a lua o decizie finală.

Grupul de intervizare i-a recomandat imperios să se mai gândească. Colegii săi au început prin a specula asupra câtorva lucruri care ar fi putut merge prost. Ce s-ar întâmpla dacă unul

 dintre pacienți ar bea prea mult și ar fi implicat apoi într-un accident? Ce s-ar întâmpla dacă cei din grup ar întâlni pe cineva extrem de necioplit, care n-ar face decât să le crească anxietatea socială? Ce-ar fi dacă unul dintre membri ar întâlni pe cineva, iar relația s-ar transforma într-o relație romantică distructivă? Unul dintre participanții la grupul de intervizare l-a întrebat drept în față pe psiholog dacă avea de gând să fie „pețitorul" pacienților săi, referindu-se la un prieten care își ajută prietenii să agațe femei necunoscute.

Apariția unui risc de producere a unor daune, în sine, nu face ca o intervenție terapeutică să fie automat lipsită de etică; toate terapiile comportă unele riscuri. Totuși, grupul de intervizare a criticat intenția psihologului pe care ei o considerau a fi o strategie de separare — un comportament mai degrabă caracteristic unei prietenii decât unei tehnici terapeutice. Ei au punctat faptul că există tratamente consacrate pentru reducerea anxietății sociale, că planul psihologului nu se numără printre acestea și că erau disponibile pentru pacienți modalități mai adecvate de a avea experiențe sociale care să le reducă anxietatea socială. Părea mai potrivit ca pacienții să își aleagă ei înșiși contextul în care să-și testeze abilitățile sociale — locuri unde ar fi putut simți mai puțin disconfort. Psihologul a fost de acord cu grupul că planul său inițial risca în mod inutil să facă rău (principiul evitării daunelor) fără a exista vreo dovadă clară că putea promova starea de bine a pacienților săi (principiul primatului stării de bine). Psihologul s-a gândit la motivele proprii care îl împinseseră către o asemenea recomandare și în ce fel ar fi putut fi aceasta, chiar și parțial, o încercare de a-și satisface propriile sale nevoi.

Probleme de stabilire a limitelor apar frecvent în relațiile cu foști pacienți. Lamb, Catanzaro și Moorman (2004) au constatat că 60% din psihologi declară că s-au aflat în situații în care au fost nevoiți să negocieze o nouă relație socială cu un fost pacient. Să analizăm acest exemplu:

Poți fi prietena mea?

O psihologă tratase o femeie pentru depresie. Câțiva ani mai târziu, ele s-au reîntâlnit la o adunare publică a unei organizații care avea scopul de a crește gradul de conștientizare a populației cu privire la cruzimea față de animale. Psihologa s-a întrebat dacă nu ar fi putut să o invite pe fosta sa pacientă acasă, la o petrecere cu ocazia unei sărbători.

Younggren și Gottlieb (2004) și-au pus câteva întrebări cu privire la permisiunea sau modalitatea de angajare într-o relație cu rol multipul cu un fost pacient, cum ar fi dacă transgresarea limitelor în acest mod ar fi de vreun ajutor (reflectând principiul general al primatului stării de bine a pacientului) sau dacă i-ar dăuna pacientului sau ar afecta relația (reflectând principiul evitării daunelor). Aceasta este o situație perfectă pentru ca un psiholog să ia în considerare una sau mai multe dintre strategiile de optimizare a calității de tipul documentării procesului decizional, solicitării de consultanță și implicării pacientului în luarea deciziei (implicarea în tratament a pacientului).

În analiza consecințelor posibile, psihologii s-ar putea gândi dacă nu cumva pacienții ar putea avea nevoie să se reîntoarcă în terapie la un anumit moment, ar putea analiza diagnosticul

acestora, gradul curent de vulnerabilitate, puterea sentimentelor lor față de terapeut, precum și dacă rolurile multiple ar putea duce la scăderea încrederii pacienților în terapeuți în general, pe viitor. De asemenea, trebuie să ia în considerare posibilitatea ca relația socială să nu evolueze așa cum și-ar dori (Gottlieb, 1993; Pipes, 1997).

Psihologii pot lua decizii mai bune dacă sunt conștienți de propriile lor nevoi. De exemplu, unii psihologi le-ar putea permite propriilor sentimente de singurătate să le influențeze capacitatea de a evalua beneficiile și riscurile continuării relațiilor de prietenie cu pacienții lor, ulterioare încheierii tratamentului.

În ce moment o valoare personală devine una profesională?

Compasiunea și altruismul sunt virtuți importante pe care trebuie să le cultivăm atât la noi înșine, cât și la ceilalți. Totuși, ar fi o dovadă de naivitate ca psihologii să creadă că fac psihoterapie sau furnizează alte tipuri de servicii doar în beneficiul pacienților. Până la urmă, psihologii primesc bani, sunt mândri de realizările lor profesionale și obțin și alte beneficii din munca lor. Astfel, aspectele legate de interesele și motivațiile personale legitime au un rol critic în discuțiile despre moralitate (Anderson și Handelsman, 2010). Mai mult, negarea interesului personal legitim poate avea efecte dăunătoare asupra deciziilor de natură etică. Din punctul de vedere al utilitarismului, interesul personal este important, întrucât este parte a calculului nivelului de fericire, procesul prin care se determină efectul potențial al unei acțiuni asupra stării generale de bine a tuturor persoanelor afectate (Mill, 1987). Din perspectivă deontologică, Kant (1785/1994)

scria că „să veghezi la realizarea fericirii personale este o datorie (cel puțin indirectă), căci a fi nemulțumit de propria-ți soartă, să trăiești copleșit de o mulțime de nevoi ce nu pot fi satisfăcute, îl duce foarte ușor pe om *în ispita de a trece dincolo de ce este datorie pentru el*" (p. 19). Cu alte cuvinte, ca psihologi ne putem îndeplini mai bine obligațiile morale dacă avem grijă de noi înșine.

Iată câteva compromisuri față de starea de bine a psihologilor pe care nu ar trebui să se aștepte nimeni să le facem, chiar dacă acest lucru înseamnă ofensarea unor pacienți. Să luăm următorul exemplu:

O mamă mândră de fiul ei

O psihologă avea un fiu care urma să se căsătorească, dar cu o persoană de același sex. Anunțul urma să apară într-un ziar local din micul orășel în care trăia familia sa. Totuși, psihologa avea în terapie un pacient care citea în mod curent ziarul local și care își exprimase opiniile în termeni duri cu privire la căsătoriile între persoane de același sex. Psihologa și-a pus problema dacă ar fi trebuit să anticipeze și să abordeze tema cu pacientul său înainte de apariția anunțului în ziar.

Psihologa avea în mod clar de luat unele decizii de natură clinică în ceea ce privește abordarea temei și modalitatea în care să discute vestea despre nunta fiului ei cu pacienții săi. Cu siguranță, dorea să folosească situația în avantajul acestora, sau cel puțin să reducă riscul apariției oricăror posibile probleme. Mai mult, ar fi fost nerezonabil și poate chiar dăunător din partea psihologei să îi ceară fiului ei să-și ascundă orientarea sexuală doar pentru că ar fi putut ofensa sensibilitățile unora dintre pacienții săi. În încercarea de a practica o etică pozitivă,

 psihologa s-a străduit să se ridice la nivelul celor mai înalte principii etice ale sale, dezvăluind iminentul mariaj și încercând să se asigure ca discuțiile declanșate de această știre să fie benefice pentru pacienții săi.

Cât de multe informații personale trebuie să dezvăluie psihologii atunci când sunt confruntați cu o boală gravă? Cum trebuie să dezvăluie ei aceste informații pacienților lor? Să considerăm acest exemplu:

O psihologă care avea cancer

O psihologă dintr-un mic orășel urma un tratament de chimioterapie pentru un cancer la sân, ceea ce însemna că avea unele zile mai proaste, în care nu putea lucra — uneori fiind nevoită să-și anunțe pacienții chiar în ultimul moment. De asemenea, ea se aștepta ca în urma chimioterapeiei să-i cadă părul — iar căderea părului avea să fie observată de pacienți. Cu alte cuvinte, un eveniment din viața sa privată urma să devină o informație publică și să scape de sub controlul său. Se întreba dacă și cum să dezvăluie această veste pacienților săi (Layman, 1999).

Pe lângă faptul că era copleșită de emoții și de oboseala cauzată de tratamentul pe care îl făcea, pe lângă preocupările legate de familie și de grija pe care o purta celor apropiați, această psihologă trebuia să se gândească și cum să-și desfășoare activitatea profesională, având în vedere boala pe care o avea. A solicitat o consultație (strategie de optimizare a calității) cu un psiholog, care a pus-o în legătură cu alți doi psihologi care se luptau și ei cu cancerul.

A aflat că, în primul rând, ar fi fost mai bine să își informeze pacienții din timp și personal. Totuși, problema pe care o avea

cu această recomandare era că, în acel orășel mic, unii pacienți ar fi aflat înaintea altora; această cronologie ar fi riscat să-i ofenseze pe unuii dintre pacienții săi, care ar fi putut afla prin răspândirea din gură în gură a veștii. Principiile puse în joc includeau evitarea provocării de daune și dreptatea. Dacă, însă, psihologa trimitea o scrisoare tuturor pacienților săi curenți, abordarea putea părea prea formală sau distantă. Era nevoită să se întrebe care modalitate de comunicare ar fi fost mai folositoare pentru pacienții săi (primatul stării de bine) și care ar fi putut fi cel mai puțin dăunătoare (principiul dreptății). Psihologa „a trimis scrisoarea tuturor pacienților în același timp, astfel încât toți să primească simultan aceeași informație, pentru a evita bârfele, distorsiunile și *parti pris*-urile" (Layman, 1999, p. 5). Apoi, la fiecare următoare ședință a fiecărui pacient, a deschis ea discuția cu privire la această temă, pentru a vedea ce simțeau aceștia în legătură cu anunțul pe care îl primiseră și dacă doreau să vorbească mai mult despre acest lucru. Un alt psiholog afectat de o boală gravă a povestit că cei mai mulți pacienți apreciau pozitiv folosirea scrisorilor. Totuși, unii dintre pacienți s-au simțit ofensați din cauză că aveau impresia că anunțul făcut în acest mod era prea impersonal sau din cauză că ei considerau că aveau o relație „specială" cu psihologul, care ar fi impus o excepție de la procedura anunțului scris.

Consimțământul informat

Principiul etic general al respectării capacității autonome a pacienților de a lua decizii este reflectat în Codul Etic al Asociației Psihologice Americane (APA, 2010) prin articole care le cer psihologilor să furnizeze informații și să se asigure că obțin consimțământul consumatorilor de servicii psihologice (de pildă, Articolul 3.10). Doctrina consimțământului informat izvorăște în special din Principiul General E: Respectul față de drepturile și demnitatea persoanelor, care le impune psihologilor să respecte autodeterminarea altor oameni.

Respectul față de capacitatea de decizie a pacientului a influențat formularea și conținutul și ale altor articole din Codul Etic al APA. De exemplu, publicitatea trebuie să fie realizată cu transparență și cu mesaje care conțin informații exacte, astfel încât pacienții potențiali să poată alege în cunoștință de cauză serviciile unui anumit psiholog. În plus, respectul față de autonomia pacientului guvernează și selecția obiectivelor tratamentului. În acest capitol, prezentăm unele probleme etice dificile pentru care este deosebit de important principiul respectului față de autonomia pacientului. Alte probleme legate de respectul față de autonomia pacientului sunt prezente în Capitolul 9.

Prin articolul 5.01b, Codul Etic al APA identifică anumite activități care sunt lipsite de etică în materia publicității:

> Psihologii nu fac afirmații false, înșelătoare sau frauduloase cu privire la (1) specializarea, experiența sau competența lor; (2) pregătirea lor academică; (3) acreditările lor; (4) afilierile lor la instituții sau asociații; (5) serviciile pe care le oferă; (6) bazele științifice sau clinice sau rezultatele sau gradul de succes al serviciilor lor; (7) onorariile lor; (8) publicațiile sau rezultatele cercetărilor lor.

În afară de unele restricții suplimentare cu privire la recomandări (Articolul 5.05), Codul Etic al APA conține puține referiri la publicitate. Din punctul de vedere al eticii pozitive, psihologii ar trebui să facă mai mult decât să se limiteze la a nu încălca articolele 5.01, 5.05 și altele asemenea. Pe de altă parte, ei doresc ca anunțurile lor publicitare să îi ajute pe pacienți să ia decizii informate cu privire la serviciile disponibile. Cu toate acestea, și în special având în vedere ubicuitatea și „libertatea" internetului, strategiile de separare pot include ideea că publicitatea este o zonă liberă de etică, atâta vreme cât nu sunt stipulate interdicții suplimentare în Codul Etic al APA. În aceste cazuri, interesul economic personal, normele de marketing din afaceri sau alți factori care nu au legătură cu etica psihologică determină acțiunile celor în cauză.

Etica pozitivă, desigur, furnizează recomandări suplimentare sub forma principiilor, virtuților și valorilor etice generale. De exemplu, ar fi etic ca un psiholog să se prezinte pe sine însuși

 cu titlul de „psihologul sportivului" alături o fotografie în care ține în mâini o pușcă și poartă un costum de vânătoare? Ar fi etic din partea unui psiholog să indice pe pagina sa de internet că pasiunile sale sunt ascensiunile montane și tenisul? Câteva dintre întrebările pe care ar trebui să ni le punem sunt următoarele: Sunt aceste anunțuri conforme cu valorile profesionale, precum respectarea luării autonome a deciziilor de către pacienți prin oferirea de informații corecte și utile pentru a-i ajuta să decidă dacă să solicite serviciile unui anumit psiholog? Induc în eroare aceste mesaje în orice fel? Privind publicitatea din perspectiva încercării de a-i ajuta pe potențialii pacienți, poate fi adecvat ca psihologii cu competență în psihologia sportului să prezinte, de exemplu, faptul că au fost campioni de tenis în timpul facultății; o asemenea informație poate fi relevantă pentru decizia pe care trebuie să o ia potențialii pacienți. Poate fi adecvat, de asemenea, ca psihologii interesați în tratarea pacienților religioși să indice faptul că sunt și teologi.

Psihologii raționali pot să nu fie de acord cu faptul că prezentarea publică a unui anumit tip de informații poate fi legată de principiile etice generale. Un psiholog arăta într-un anunț că el trăise întreaga viață într-un anumit oraș. Cu toate că unii cititori pot vedea această informație ca pe o autodezvăluire care nu ar fi necesară, psihologul respectiv considera că este o indicație a faptului că îi sunt bine cunoscute valorile și resursele locale ale comunității. De asemenea, el se gândea că această informație nu avea cum să producă daune nimănui (principiul evitării daunelor).

Alte forme de autodezvăluire în publicitate par însă mai problematice. O psihologă care, pe lângă faptul că lucra ca psihoterapeută, mai era și cântăreață introdusese pe pagina sa profesională de internet o trimitere la câteva dintre înregistrările

sale. Această practică ridică întrebarea dacă psihologii ar trebui să plaseze sau nu pe paginile lor profesionale ocupațiile secundare pe care le au în afara celei de psiholog. Cu toate că includerea unor asemenea informații poate să nu pară o violare explicită a Codului Etic al APA, acest lucru poate genera totuși oportunități de potențiale transgresări contraindicate ale limitelor și poate duce la intrarea în relații cu roluri multiple. O strategie de integrare preferabilă poate fi cea a „întăririi limitelor" (Anderson și Handelsman, 2010, p. 83), precum cea adoptată de un coleg de-al nostru care cumpără și vinde chitare clasice. El are două pagini separate de internet: una pentru cabinetul său de psiholog și una pentru afacerea comercială. Niciuna dintre cele două pagini nu face nicio mențiune despre cealaltă.

Psihologii care folosesc strategii de separare pot dezvălui informații despre ei înșiși ca și cum s-ar adresa prietenilor sau cunoștințelor lor, față de care norma este autodezvăluirea reciprocă. Dar unele comportamente care sunt acceptabile sau chiar dezirabile în relațiile sociale obișnuite pot fi contraindicate în relațiile profesionale în care autodezvăluirea trebuie să fie selectivă și concentrată pe nevoile pacienților. Un psiholog a cărui pagină de internet profesională conține un link către profilul său de cântăreț poate folosi chiar o strategie de marginalizare, în măsura în care prin această metodă ar fi fericit să vândă câteva melodii chiar dacă acest lucru ar risca să scadă eficiența serviciilor sale de asistență clinică.

În deciziile cu privire la modul în care facem publicitate poate apărea *relaxarea etică* (Bazerman și Tenbrunsel, 2011), mai exact fenomenul prin care dimensiunile etice ale unei situații sunt umbrite de interesele practice, pecuniare sau de alte preocupări din afara eticii. Dacă psihologii concep publicitatea doar în

termenii creșterii numărului de clienți (din perspectiva business-ului), atunci implicațiile etice ale publicității (cadrul etic) pot fi neglijate în procesul de luare a deciziilor. Psihologii pot reduce riscul de relaxare etică păstrându-și în minte principiile etice încă de la începutul deliberării cu privire la alegerea metodei publicitare.

Respectarea deciziilor pacientului cu privire la obiectivele tratamentului

Pe lângă tema privitoare la cadrul desfășurării terapiei, psihologii trebuie să aibă discuții cu pacienții lor și în legătură cu consimțământul informat, pentru a se asigura că aceștia înțeleg o multitudine de aspecte importante, inclusiv „natura și cursul terapiei, onorariile, implicarea terțelor părți și limitele confidențialității" (Articolul 1.01, Consimțământul informat cu privire la terapie). Psihologii care valorizează respectul față de autonomia pacientului și practică etica pozitivă vor dori să-și implice pacienții — atât la începutul relației, cât și în anumite momente pe parcursul tratamentului — în toate deciziile cu privire la tratamentul lor care sunt indicate din punct de vedere clinic.

Acordul copiilor și adolescenților asupra obiectivelor tratamentului

Articolul 3.10b al Codului Etic al APA le cere psihologilor să „caute... acordul" celor care nu pot consimți legal cu privire la tratament. În Capitolul 2 am discutat despre nevoia de a păstra echilibrul între respectul față de autonomia copilului sau adolescentului cu privire la implicarea lui în tratament ca aspect al

respectării principiului primatului stării de bine a pacientului (starea de bine a copilului), în contextul autonomiei părinților, cei care trebuie să autorizeze tratamentul. Adeseori, lipsa acordului cu privire la obiectivele terapiei poate implica informații extrem de sensibile. Exemplul următor prezintă o asemenea situație:

Probleme de orientare sexuală în cazul unui adolescent

Un adolescent s-a prezentat pentru terapie cu simptome de depresie. Psihologul a decis să-l primească pe băiat în terapie individuală și, în timp, a devenit evident că acesta se lupta cu sentimente de atracție față de persoane de același sex. Părinții lui, creștini fundamentaliști, ar fi văzut cel mai probabil atracția față de același sex ca pe un eșec moral și s-ar fi așteptat ca psihologul să îl trateze pe adolescent de o asemenea manieră încât să-l elibereze pe fiul lor de astfel de sentimente. Psihologul era un susținător al homosexualității și nu era de acord să facă așa ceva.

Ar fi corect ca acest psiholog să continue să îl trateze pe băiat și să accepte plata din partea părinților chiar dacă lucrează asupra altor aspecte decât cele la care s-ar aștepta părinții și este tolerant față de comportamente sau sentimente pe care părinții le-ar considera mai degrabă ofensatoare? Principiul primatului stării de bine a pacientului ar sugera ca psihologul să continue să-l trateze pe băiat folosind metode terapeutice care să îl ajute pe acesta să-și exprime liber emoțiile sexuale. De asemenea, respectul față de autonomia pacientului poate sugera că adolescentul are dreptul de a alege temele pe care dorește să le exploreze în terapie. Totuși, să analizăm potențialul de conflict de interese: continuarea tratamentului adolescentului ar fi mai degrabă interesul personal al psihologului, faptul că pacientul

își continuă terapia aducându-i venituri suplimentare. Din cauză că psihologul este un susținător al homosexualității, a-l trata în continuare pe băiat ar însemna o intervenție a sa cu scopul susținerii acceptării de către un public cât mai larg a concepțiilor și opiniilor psihologului cu privire la orientarea sexuală. Pe de altă parte, cel mai probabil împlinirea nevoilor tânărului vine în conflict cu obiectivele și interesele părinților; dacă ar fi așa, ei pot refuza să plătească în continuare terapia și ar putea pune capăt tratamentului chiar dacă acest lucru ar putea să nu fie în interesul fiului lor.

În acest caz, mulți psihologi ar putea fi de acord cu faptul că importanța explorării de către adolescent a sentimentelor sale sexuale respectă drepturile pacientului (starea lui de bine prevalează asupra respectului față de autonomia decidenților). Această alternativă poate fi viabilă dacă procesul de obținere a consimțământului informat de către psiholog a inclus și informația privind faptul că le poate transmite părinților date corecte, dar incomplete, cu privire la natura tratamentului fiului lor. De exemplu, adolescentul și psihologul pot cădea de acord asupra informațiilor pe care psihologul să le poată împărtăși părinților cu privire la natura terapiei, precum și asupra modalității în care să le fie transmise aceste lucruri (de pildă, o convorbire telefonică între părinți și psiholog sau o întâlnire față în față la care să ia parte psihologul, băiatul și părinții). Psihologul ar putea, de exemplu, să descrie pentru părinți cu exactitate simptomele generale, precum anxietatea și depresia, ca motivații serioase pentru continuarea ședințelor. Fiind interesat de efectul anticipat atât asupra părinților, cât și a băiatului, psihologul poate discuta cu adolescentul și pot stabili împreună dacă să dezvăluie faptul că există și alte teme sensibile pe care preferă să nu le împărtășească

părinților săi. Dacă este întrebat specific care sunt aceste teme, psihologul, după consultarea cu adolescentul, poate să decidă dacă să dezvăluie mai multe informații, și dacă da, cât anume.

Psihologul mai poate să ia în considerare și modul în care ar putea interpreta părinții prezentarea cu privire la consimțământul informat. De exemplu, chiar dacă psihologul le-a explicat părinților că nu le va dezvălui anumite informații sensibile, nici el, nici părinții nu pot anticipa dacă pe parcursul tratamentului vor apărea sau nu asemenea aspecte și dacă părinții ar putea considera că acestea sunt mai mult decât doar alte „informații sensibile". Dacă așa ar stau lucrurile, iar părinții ar afla despre preocupările sexuale ale fiului lor și despre faptul că nu au fost informați despre acestea, ei ar putea reacționa simțindu-se înșelați, indiferent de cât de riguros ar fi fost procesul de informare pentru consimțământ.

Ar fi bine ca psihologul să ia în considerare modul în care procesul său decizional poate fi influențat de emoțiile sale și de alți factori nonraționali. Își poate pune întrebarea: nu cumva îi etichetez pe acești părinți și convingerile lor religioase în mod stereotip? Dacă da, există riscul unei distorsiuni de confirmare din partea mea? Dau eu o prea mare importanță sexualității pacientului meu — față de alte aspecte — din cauza propriilor mele convingeri politice și experiențe personale pe tema discriminării? Cum ar putea fi subminată evaluarea principiilor și alternativelor etice relevante ale acestui caz de către propria mea experiență legată de preferințele sexuale și de experiența mea aterioară cu pacienții religioși? Îmi este teamă de pierdere sau de rușine și mă fac aceste sentimente să judec eronat riscurile pe care le presupun alternativele pe care le analizez? Ce întrebări din Sistemul 2 îmi scapă prin concentrarea pe îngrijorările din Sistemul 1?

Cunoaștem un psiholog cu o îndelungată istorie de promovare a corectitudinii față de minoritățile sexuale, care își monitorizează în mod conștient gândurile cu privire la valoarea dezvăluirii atunci când se ocupă de pacienți care nu sunt siguri de orientarea lor sexuală. Cu toate că recunoaște valoarea socială a discuțiilor publice ale homosexualilor pe tema orientării lor sexuale, acest psiholog este conștient de faptul că obligația sa primordială ca psiholog este aceea de a-și ajuta pacienții să ia propriile lor decizii. Eșecul în asumarea unei asemenea poziții poate fi considerat o susținere intruzivă (Pope și Brown, 1996), prin care agenda politică a psihologului prevalează asupra autonomiei pacientului în luarea deciziilor.

Acordul pacienților adulți cu privire la obiectivele terapiei

În majoritatea cazurilor, psihologii reușesc să ajungă la un acord asupra obiectivelor tratamentului cu pacienții lor adulți. Totuși, se poate întâmpla ca respectul față de autonomia pacientului să intre în conflict cu alte valori. Haideți să luăm în considerare următorul exemplu, în care este vorba despre o pacientă grav deprimată:

O sclavă sexuală

O psihologă lucra cu o studentă de douăzeci și unu de ani care practica împotriva voinței ei prostituția; la început se implicase voluntar, dar curând se trezise prinsă în capcana unei relații coercitive. Părinții ei știau că fiica lor este supărată și îi plăteau terapia, dar nu știau care era motivul real al suferinței ei. Pacienta credea că ar fi putut fi bătută sau desfigurată

de proxenetul său dacă ar fi încetat să se mai prostitueze și era extrem de traumatizată.

Psihologa încerca să aplice principiul primatului stării de bine a pacientei sale prin ameliorarea simptomelor de depresie și prin ajutorul dat pacientei de a se extrage din situația în care se afla. Totuși, pacienta se considera a fi prinsă fără nicio speranță în această capcană, și dacă psihologa ar fi aplicat în litera sa principiul respectării autonomiei, nu ar fi încercat nicidecum să provoace revolta pacientei față de situația în care se afla. Psihologa, însă, considera că situația nu era în interesul cel mai bun al pacientei sale și că aceasta nu putea lua o decizie informată sau autonomă, atâta timp cât se afla într-o stare atât de nefericită. În consecință, a continuat tratamentul pentru depresie și traumă, dar cu blândețe a insistat ca pacienta să accepte ca la o ședință de terapie să li se alăture și un asistent social cu experiență în lucrul cu femei implicate în acte de prostituție, pentru a discuta diferite modalități în care pacienta s-ar fi putut extrage din „acea viață".

Din cauza formelor potențiale de daună asupra pacientei, psihoterapeuta a acționat în mod paternalist; mai exact, a ignorat ceea ce credea pacienta că era în interesul ei chiar dacă acest lucru însemna optarea pentru o alternativă de abordare cu care pacienta ar fi putut să nu fie de acord la momentul respectiv. Deși, în general, psihologa a respectat autonomia pacientei sale, ea a ajuns la concluzia că în această situație primatul stării de bine a pacientului impunea încălcarea principiului autonomiei, tocmai pentru a o proteja pe pacientă într-o situație în care ea însăși părea incapabilă să acționeze în nume propriu. Unii pot

numi această metodă *paternalism slab* sau *blând*[21] (Feinberg, 1986), deoarece capacitatea pacientei de a lua decizii în interesul propriu cu privire la obiectivul tratamentului este parțial compromisă și, astfel, încălcarea principiului respectării autonomiei este minimă, iar intervenția psihologei a servit tocmai la creșterea capacității pacientei de a lua decizii în mod independent.

Pe de altă parte, psihologa ar fi putut să nu facă nimic în sensul abordării problemei prostituției și să nu invite asistentul social să se implice. Această opțiune ar fi putut reprezenta o strategie de asimilare, deși una mult prea simplistă: „Sunt aici ca să susțin obiectivele pacientei. Are capacitatea legală de decizie, deci voi face ceea ce-mi cere ea". Un alt factor care ar fi putut duce la această alternativă ar fi putut fi ignoranța sau temerile nerealiste ale psihologei. Tot ceea ce știa terapeuta despre prostituție erau lucruri aflate din diferite programe de televiziune care portretizau o lume foarte violentă. Din cauza euristicii disponibilității informației, psihologa și-ar fi putut baza decizia pe informațiile care îi erau accesibile ei și și-ar fi supraevaluat vulnerabilitatea la violență din perspectiva interesului personal, evitând această problemă cu totul.

La celălalt capăt al spectrului, terapeuta ar fi putut insista ca asistentul social să se implice de îndată și ca pacienta să înceteze imediat activitatea de prostituție înainte chiar de a iniția terapia, considerând că niciun tratament nu ar fi fost eficient în circumstanțele date. Această alternativă ar fi putut reprezenta o strategie de separare, în care terapeuta ar fi pus deasupra respectului profesional față de autonomie și a grijii față de pacientă propria sa agendă într-un mod incompatibil cu rolul său terapeutic.

[21] *„Weak" or „soft paternalism"*, în engleză în original. (*N. t.*)

Să analizăm o situație asemănătoare:

Victimă a unui șantaj

O tânără fusese abuzată de către un vecin în timpul adolescenței. Mai târziu, acest bărbat începuse să o șantajeze ca să facă din nou sex cu el, amenințând-o că îi va spune soțului ei despre toată povestea dacă nu dădea curs cererilor lui. Ea a fost de acord, considerând că nu avea de ales, și foarte curând a intrat într-o depresie gravă. Se simțea rușinată și înjosită de faptele sale; se temea extrem de tare ca soțul ei să nu o părăsească dacă ar afla.

Cu toate că pacienta avea o depresie gravă, ea era totuși capabilă să se implice în tratamentul psihoterapeutic în mod semnificativ odată ce fusese stabilizată prin medicație. Psihologa a fost suportivă și empatică, dar a refuzat să accepte premisa pacientei că șantajul era inevitabil și că nu existau alternative. Terapeuta a urmărit, în schimb, obiectivul de a schimba situația de șantaj asupra pacientei, judecând că respectul față de autonomia pacientului nu înseamnă evitarea oferirii de perspective alternative asupra situației.

Acest caz este un alt exemplu de *gradualitate etică* (Francis, 2009; a se vedea și Capitolul 2 din acest volum). Psihologa știa că obiectivele se pot schimba pe parcursul terapiei și că stabilirea obiectivelor în sine reprezintă adeseori un proces de evoluție. Astfel, ea a putut fi de acord să lucreze asupra depresiei pacientei pe termen scurt și să amâne abordarea situației de șantaj. Psihologa avea valori personale puternice de onestitate și știa, în sinea sa, că psihoterapia urma să ducă (sau cel puțin așa ar fi trebuit) către explorarea alternativelor de modificare a situației

 de șantaj. Ea mai știa că nu s-ar fi simțit bine să nu-i spună pacientei despre obiectivele sale (ale terapeutei) pe termen lung. Totuși, ea a recunoscut că onestitatea totală într-o fază atât de timpurie a tratamentului ar fi fost o strategie de separare. Analizându-și valoarea onestității în lumina valorii compasiunii, a virtuții bunăvoinței și a importanței corespunzătoare a principiilor primatului stării de bine și respectului pentru autonomie, ea a reușit să adopte o strategie de integrare lucrând cu onestitate pentru a atinge obiectivul ameliorării depresiei și amânând o discuție mai detaliată și dificilă asupra obiectivelor pe termen lung.

Adoptarea unei asemenea strategii nu a fost ușoară pentru această psihologă. Feministă convinsă, era personal revoltată de situația pacientei ei și era tentată să se angajeze în manevre de susținere intruzivă. Gândindu-se la acest lucru, și-a dat seama că dacă ar fi făcut-o, ar fi acționat mai mult din perspectiva obiectivelor sale proprii decât din cele ale pacientei sale. Din fericire, psihoterapeuta a putut să-și ia temperatura emoțională (adică și-a monitorizat reacțiile emoționale față de această situație; Gino, 2013), să facă un pas înapoi, să reflecteze asupra faptelor clinice ale cazului și, în continuare, să acționeze pe baza unui plan rațional.

Iată un alt exemplu:

O viață poligamă

Pe parcursul terapiei, un pacient a povestit că el și soția sa aveau o căsnicie deschisă și că se angajau liber în relații sexuale cu diverși alți parteneri. Pe măsură ce tratamentul avansa, pacientul prefera să petreacă o mare parte a timpului încercând să îl convingă pe psiholog cu privire la acceptabilitatea stilului

> său de viață. Psihologul era nevoit în mod continuu să redirecționeze terapia către aspectele mai relevante din punct de vedere clinic, dar curând pacientul l-a informat pe psiholog că încerca să o convingă pe fiica sa de optsprezece ani de valorile unui asemenea stil de viață.

Psihologul a simțit aici un conflict între principiile sale etice. Respecta stilul de viață al pacientului atâta timp cât acesta nu le făcea rău altora. Totuși, el știa că adolescenții se află într-o situație de risc crescut de exploatare și traumă, și situația prezentată de pacientul său putea fi una deosebit de traumatizantă, pentru că tocmai tatăl fetei era cel care îi propunea acesteia un asemenea comportament. În consecință, psihologul a considerat că principiul binelui general (protejarea stării de bine a fiicei) îi cerea să abordeze această problemă cu pacientul, astfel că a discutat cu acesta în mod asertiv despre cât este de important ca el să îi permită fiicei sale să ia propriile ei decizii. Faptul că i-a prezentat pacientului alternativele nu a însemnat o încălcare a autonomiei acestuia; totuși, dată fiind vârsta fetei și riscul de a fi expusă unor situații de exploatare sexuală, psihologul a considerat că încălcarea autonomiei pacientului era pe deplin justificată.

Ce factori l-ar fi putut determina pe psiholog să procedeze altfel? Dacă fiica pacientului ar fi avut vârsta de douăzeci și cinci de ani, atunci ar fi putut presupune că ea era mai puțin vulnerabilă la riscul de exploatare, iar preocuparea lui față de ea ar fi fost mai mică. Dacă psihologul ar fi avut convingeri religioase puternice contrarii convingerilor pacientului sau convingeri politice puternice care ar fi fost în acord cu cele ale pacientului său, atunci ar fi trebuit să-și monitorizeze comportamentul astfel

 încât să nu ajungă să se angajeze în susțineri intruzive sau, de cealaltă parte, să permită convingerilor sale similare să îl orbească cu privire la posibilele comportamente problematice ale pacientului.

Obținerea consimțământului informat în circumstanțe extraordinare

Uneori pacienții se află în situații în care nu știu ce să întrebe și pot risca să fie vulnerabili în luarea unor decizii prost ghidate sau prost analizate. Să luăm următorul exemplu:

Apariția într-un talk-show

O psihologă a fost apelată de producătorul unui talk-show pentru a o întreba dacă era de acord să trateze un pacient cu o tulburare obsesiv-compulsivă (TOC). Tratamentul urma să fie plătit de postul de televiziune cu condiția ca pacientul și psihologa să fie de acord să discute despre terapie în fața camerelor de luat vederi.

Ce factori trebuie să analizeze această psihologă în evaluarea solicitării primite? Un prim factor este genul programului de televiziune. Programul ar putea exploata oameni cu boli mentale, concentrându-se pe simptomele lor bizare sau neobișnuite, căutând cu orice preț senzaționalul stărilor lor mentale. Pe de altă parte, dacă programul are o abordare cât de cât corectă, apariția ar putea fi una educativă pentru publicul larg, cu privire la TOC și la tratamentele posibile pentru această tulburare, ca urmare, contribuind la binele general al populației. Din fericire, acest program de televiziune avea reputația de a prezenta

informații despre sănătatea mentală într-o manieră utilă și plină de respect.

Un al doilea factor, date fiind circumstanțele neobișnuite, este efectul posibil al terapiei asupra pacientului. Unele intervenții de tip talk-show sunt destul de prost concepute. La un moment dat, un asemenea program i-a oferit unei femei o sumă de bani suficientă pentru plata a zece ședințe de terapie dar, dată fiind gravitatea problemelor sale, pacienta respectivă avea nevoie de terapie pe termen mult mai lung, precum și de tratament medicamentos și probabil chiar și de un asistent social, care să o ajute să gestioneze probleme cu etiologie multiplă. În acel caz, oferta postului de televiziune fusese în mod clar inadecvată.

Gazdele programului aveau invitați cu situații de viață dramatice, precum un pacient cu probleme grave de stocare în exces a hranei. În asemenea situații este rezonabilă întrebarea dacă atenția acordată problemei pacientului nu ar fi putut fi dăunătoare pentru acesta. Nu cumva apariția în spectacolul de televiziune i-ar consolida pacientului identitatea de persoană bolnavă?

Cerința ca pacientul să apară în program de mai multe ori pentru a vorbi despre tratament ridică și alte întrebări importante. Va înțelege pacientul pierderea de intimitate pe care o implică aceste apariții? Apariția repetată la televizor nu va crea presiuni suplimentare care ar putea dăuna progresului terapeutic pe care pacientul l-ar fi putut face în condiții diferite?

Un al treilea factor ce trebuie analizat este competența terapeutei atât de a conduce terapia, cât și de a apărea la televizor. Într-o altă situație, despre care avem unele informații, un psiholog care fusese solicitat să trateze o „pacientă de televiziune" avea competență în tratarea TOC prezentase în trecut mai multe articole la diferite conferințe naționale și participase la acțiunile

unor organizații de nivel național care implicaseră atât specialiști, cât și consumatori de servicii psihologice. El credea, de asemenea, cu tărie în importanța educării publicului cu privire la această tulburare și avusese deja experiențe de această natură prin prelegerile și aparițiile publice anterioare. Totodată, el nu fusese de acord să apară în program până când nu evaluase el personal pacienta pentru a stabili dacă o putea ajuta și dacă pacienta fusese complet informată despre ceea ce avea să urmeze.

Altor psihologi le poate fi mai dificil să stabilească dacă au sau nu competența necesară. Pentru unii, interesul personal legat de apariția la televizor, indiferent dacă este motivat în primul rând de bani, de ocazia de a educa publicul larg sau de alți factori personali, le poate afecta procesul decizional, astfel încât să desconsidere aspectele legate de competență. Alternativ, teama de a apărea la televizor îi poate face să își subevalueze propria competență și să piardă oportunități importante.

Televiziunea are propriile sale valori și tradiții culturale. Astfel, într-un asemenea mediu sarcina aculturației etice a psihologilor poate fi mult mai complexă. De exemplu, să ne gândim la consimțământul informat. În cabinet, psihologii pot face demersuri pentru a evalua cât de liberi se simt pacienții lor să le refuze serviciile și atât terapeutul, cât și pacientul pot apela la recomandarea altor specialiști, la terminarea tratamentului sau la modificarea naturii interacțiunii dintre ei. Asemenea opțiuni ar putea să nu fie disponibile în studioul de filmare, care poate fi un mediu suficient de coercitiv (atât pentru terapeut, cât și pentru pacient), astfel încât procesul de obținere a unui consimțământ informat să nu primească atenția care i se cuvine. O strategie de separare poate cuprinde insistența ca procedura consimțământului informat să fie identică cu cea pe care psihologul

o folosește în cabinet. O asemenea strategie poate duce la presupunerea oarbă a faptului că dacă pacientul a fost de acord, trebuie să știe el singur în ce se bagă — până la urmă, la televizor apar mai mereu oameni care fac terapie.

Procesul consimțământului informat este important și pentru abordarea confidențialității. În mod clar, aspectele legate de confidențialitate sunt cu totul diferite atunci când terapia are loc în fața camerei și a unui public. Ca urmare, obligația etică (APA 2010; Articolul 4.02) de a discuta despre confidențialitate încă din primele faze ale relației devine deosebit de importantă.

Pentru a gestiona acești factori, psihologul din cazul de mai devreme a folosit strategiile de optimizare a calității. Și-a analizat motivațiile — atât pe cele nobile, cât și pe cele de bază, personale — cu privire la apariția sa publică. Cu toate că dorea să educe publicul cu privire la TOC, el a realizat faptul că apariția la televiziunea națională era în interesul lui personal, reprezentând o oportunitate de marketing care îi putea întări statutul profesional la nivel național. După interviul de evaluare care a confirmat diagnosticul de TOC și recomandarea de tratament pentru pacienta în cauză, el s-a consultat cu un coleg în care avea încredere. În cadrul consultației, psihologul i-a cerut consultantului său să citească notițele sale din timpul interviului de evaluare pentru a stabili dacă nu îi scăpaseră cumva din vedere factori semnificativi. După consultație, el a lucrat cu pacienta în particular, concentrându-se intens asupra susținerii capacității ei de a lua propriile decizii.

Pe parcursul discuției cu aceasta, psihologul a trecut în revistă mai în detaliu aspectele legate de limitele confidențialității în condițiile aplicabile pacientei. A reanalizat cu onestitate maniera în care apariția la televiziune poate influența motivația

 pacientei și riscurile ce pot apărea din aceasta pentru eficacitatea tratamentului. El a discutat despre natura generală a terapiei și cu producătorul, pentru a obține anticipat acordul acestuia cu privire la condițiile în care el putea accepta să apară în programul respectiv. De asemenea, a căutat să clarifice inclusiv toate aranjamentele financiare. De exemplu, a dorit sá afle dacă postul de televiziune urma să acopere pentru pacientă inclusiv costurile unei terapii suplimentare și ale tratamentului psihiatric în cazul în care acestea ar fi fost necesare. Dacă da, cât avea să plătească televiziunea și pentru ce perioadă de timp? Psihologul a reușit astfel să integreze valorile importante ale profesiei sale cu tradițiile industriei de televiziune și cu propria sa moralitate.

Ne-am putea gândi că această planificare în avans era exclusiv o problemă de gestionare a riscului pentru psiholog; el s-a ocupat de aceste aspecte atât de detaliat însă pentru că știa că pacienta ar fi putut să nu cunoască toate capcanele în care s-ar fi putut afla prinsă la un moment dat. În consecință, eforturile lui suplimentare priveau inclusiv asigurarea stării de bine a pacientei.

Ar trebui psihologii să-și verifice pacienții pe internet?

Uneori pacienții le vor propune psihologilor care îi tratează să se uite pe pagina lor de Facebook sau pe alte pagini de internet cu intenția de a-l ajuta pe psiholog să le înțeleagă mai bine circumstanțele de viață. Un articol publicat de Kolmes și Taube (2014) a prezentat o variație mare (între 18% și 95%) a rezultatelor studiilor care au analizat procentele de psihoterapeuți care au declarat că fac verificări pe internet cu privire la pacienții lor. Ar trebui totuși ca psihologii să-și verifice pacienții pe internet în mod curant fără cunoștința sau consimțământul pacienților?

(Pentru mai multe despre acest subiect, a se vedea Kaslow, Patterson și Gottlieb, 2011.) Din punct de vedere legal, să îți verifici pacienții pe internet are aceeași valoare cu a-i vedea mergând pe stradă; până la urmă, informațiile de pe internet sunt publice. Dar faptul că acest lucru nu este ilegal nu înseamnă că este indicat și din punct de vedere etic sau clinic. Principiul general al respectării intimității pacientului sugerează ca psihologii să nu caute informații suplimentare fără consimțământul pacientului, cu excepția unor circumstanțe extraordinare. Informațiile de tipul celor care pot fi găsite pe internet nu erau necesare pentru psihoterapie înaintea erei internetului și niciun studiu de cercetare nu sugerează faptul că utilizarea acestora acum ar crește în vreun fel eficiența tratamentului. Astfel, este greu de susținut ideea că verificarea pe Google a pacienților fără consimțământul lor le-ar putea promova în vreun fel starea de bine. Mai mult, nu există garanții că informațiile găsite pe internet sunt corecte, reprezentative sau actuale. Ca urmare, intervențiile bazate pe asemenea informații riscă să producă daune inutile.

Atunci când psihologii folosesc informațiile obținute de pe internet ca bază pentru planurile de tratament sau pentru conceptualizarea cazurilor, se ridică o întrebare cu privire la măsura în care pacienții au fost informați și implicați în determinarea naturii obiectivelor tratamentului lor. În plus, un psiholog al cărui plan de tratament depinde de informații obținute fără consimțământul pacientului ar trebui să consemneze această informație și sursa ei în fișa de tratament a pacientului. În consecință, pacienții care au acces la fișele lor se vor putea simți trădați când vor vedea un plan de tratament bazat pe informații pe care ei deciseseră să nu le împărtășească psihologului și care ar putea fi, în plus, chiar incorecte.

Pe de altă parte, să ne imaginăm situațiile neobișnuite în care încercarea de a obține informații despre un pacient din mediul virtual poate fi benefică. De exemplu, am aflat despre o situație în care psihologul se temea foarte tare pentru starea de bine a unui pacient suicidar și, fără consimțământul pacientului, s-a uitat la postările acestuia din rețelele sociale pentru a înțelege mai bine gradul de risc pe care îl prezenta pacientul. Găsind acolo informații încă și mai îngrijorătoare, el a decis să intervină mai ferm pentru a-și proteja pacientul.

O politică de căutare pe internet a pacienților ca parte a rutinei de lucru și în mod repetat poate fi considerată, din punctul de vedere al manierei generale în care psihologul abordează utilizarea internetului, ca fiind în concordanță cu principiile etice generale. De exemplu, Tao (2014) observa că cei mai mulți dintre adulții tineri folosesc rețelele sociale virtuale în mod extensiv. Ea discuta despre modul în care psihologii ar trebui să ia în considerare utilizarea acestei surse de informații pentru a înțelege gradul de conectare al pacienților lor. De asemenea, ea a urmărit efectul mediilor de comunicare virtuale asupra stării psihologice de bine a pacienților, punându-și întrebarea dacă acest aspect ar trebui abordat în terapie.

Verificarea pacienților pe internet poate fi considerată un gest firesc pentru psihologi, întrucât utilizarea rețelelor sociale virtuale poate fi o temă de cercetare în sine și poate chiar una de intervenție terapeutică. În același timp, psihologii trebuie să își pună permanent întrebarea dacă verificarea neautorizată a pacienților lor nu încalcă standardele specifice ale profesiei de psiholog, cum ar fi cel al principiul autonomiei pacientului, care printre alte lucruri înseamnă că pacienții dezvăluie informații private în propriul lor ritm, cel al primatului stării de bine, în

sensul că pacienții pot afla despre verificările pe internet și le pot percepe ca pe niște gesturi de încălcare a încrederii sau psihoterapeuții se pot „lenevi" în ceea ce privește realizarea unei evaluări inițiale amănunțite, gândindu-se că ar putea oricând să găsească informațiile de care au nevoie căutându-le pe internet, sau principiul dreptății, în sensul în care psihologii pot alege să-i verifice pe unii dintre pacienți (sau anumite tipuri de pacienți), dar nu și pe alții.

O terapie are cea mai mare eficiență atunci când psihologii creează o atmosferă de încredere, astfel încât pacienții să se simtă liberi să le dezvăluie ei înșiși informații personale. Psihologii care doresc să utilizeze internetul pentru a afla lucruri despre pacienții lor ar putea, de exemplu, să aplice principiul respectării autonomiei prin includerea unor asemenea informații în procedura de obținere a consimțământului informat și printr-o conversație cu pacienții lor în care să discute riscurile și beneficiile accesării pe această cale a unor informații cu privire la aceștia. Astfel, pacienții pot decide ei înșiși ce tipuri de informații pot căuta terapeuții și în ce scop. Planul de tratament și fișa de tratament vor reflecta acest acord, precum și relevanța informațiilor obținute în acest mod.

Desigur, pot apărea situații neobișnuite în care căutarea pe internet fără consimțământul prealabil al pacientului să fie justificată, cum ar fi atunci când cineva este amenințat sau hărțuit de către pacient. Ca propunere generală însă, considerăm că respectul față de autonomia pacientului/primatul stării de bine a acestuia (relația de încredere) și relația profesională cu pacientul (loialitatea) prevalează asupra unei ipotetice stări de bine (informarea corectă). Căutarea pe Google a unui prieten este un gest obișnuit și este considerată o modalitate acceptabilă de a fi la

 curent cu ceea ce se mai întâmplă. Totuși, a-i trata și pe pacienți la fel cum îi tratăm pe prietenii noștri poate fi un exemplu de strategie de separare.

Încetarea terapiei fără consimțământul pacientului

Uneori apar situații dificile în care pacienții insistă să continue tratamentul chiar dacă nu mai au nevoie de el, nu au beneficii de pe urma lui și nu există nicio probabilitate să apară beneficii în viitor sau tratamentul respectiv le este chiar dăunător. O terapie poate fi utilă chiar dacă pacienții nu se schimbă vizibil, în cazurile în care tratamentul ajută, de pildă, la stabilizarea pacienților sau previne deteriorarea stării acestora. Dar în unele circumstanțe terapia le poate face pacienților mai mult rău. Totuși, psihoterapia poate deveni și un „obicei social" fără scopuri clar definite (Younggren și Davis, 2012, p. 428).

Pe lângă problemele etice pe care le implică îndeplinirea obligației de a pune capăt unui tratament care nu îi este util unui pacient care nu prezintă un pericol pentru el însuși sau pentru alții, și în mod special fără a avea consimțământul acestuia, psihologii trebuie să își conștientizeze în special emoțiile și posibilele erori cognitive pe care le pot genera propriile tipare de gândire. Psihologii nu intră în activitatea de asistență de sănătate mentală pentru a le face mai rău pacienților lor sau pentru a-i ajuta să bată pasul pe loc. Deci, este deja destul de rea situația în care sunt nevoiți să pună capăt unei terapii sau să recomande un alt terapeut atunci când atât pacientul, cât și psihologul simt că terapia nu funcționează; totuși, când pacienții și terapeuții nu sunt de acord asupra acestui aspect, situația poate deveni mai complexă. De exemplu, O'Reilly (1987) a descris fenomenul pe

care l-a numit *sindromul de transfer*, care presupune sentimente de vinovăție, de depresie și de eliberare care apar la psihologii practicieni. Pentru a complica şi mai mult lucrurile, judecata etică poate fi distorsionată de „teama judecății colegilor sau supervizorilor, de anxietatea cu privire la ce le-ar putea povesti altora pacientul despre el sau ea și de anxietatea cu privire la modul cum va fi judecat de către alți terapeuți cu care pacientul ar urma să-și continue tratamentul" (Rice și Follette, 2003, p. 162).

Pe de altă parte, unii pacienți devin pentru psihologii lor surse fidele de venituri, sosesc la timp și lucrul cu ei este plăcut. În aceste cazuri, psihologii trebuie să conștientizeze limitele și scopurile terapiei. Este ușor să continui să primeşti pacienții justificându-ți că aceștia nu ar veni dacă nu ar avea niciun beneficiu. În asemenea cazuri, interesul personal îi poate influența puternic pe psihologi în evaluarea atentă a progresului terapeutic al pacienților. A nu pune capăt unei terapii inutile nu conduce la consecințe adverse extreme pentru pacient, dar nici nu îi va face acestuia prea mult bine.

La cealaltă extremă se află pacienții-povară, cei care devin problematici pe măsură ce se apropie momentul terminării terapiei. Adeseori aceşti pacienți sunt oameni puțin realizați în viața lor. Ei pot fi manipulativi, pot avea comportamente automutilante sau suicidare și se pot înstrăina de cercurile lor sociale. Drept consecință, au prea puțin suport social în exterior şi din această cauză pot deveni excesiv de dependenți de terapeut.

Desigur, asemenea pacienți dificili pot avea și unele beneficii de pe urma tratamentului, iar faptul că sunt pacienți dificili nu este un motiv adecvat pentru încetarea terapiei. Discuția noastră se referă aici la acei pacienți dificili care nu beneficiază de pe urma tratamentului şi care prezintă comportamente care în mod

 semnificativ le diminuează șansele de progres, cum sunt absențele de la ședințe și o slabă alianță terapeutică. În cazuri extreme, se poate întâmpla, atunci când psihologul sugerează încetarea tratamentului din cauza lipsei progresului, ca pacienții să amenințe cu sinuciderea, să facă plângeri la comisiile profesionale sau să posteze pe internet comentarii ostile la adresa terapeutului. Iată aici un asemenea caz:

O pacientă dificilă

O pacientă dezvoltase un transfer puternic asupra terapeutei sale; îi cerea acesteia în mod continuu iubire, iar când a aflat că psihoterapeuta fusese însărcinată și născuse un copil s-a înfuriat foarte tare („îi iubești pe ei mai mult decât pe mine!"). În ciuda instrucțiunii de a telefona doar în cazuri de urgență, pacienta a început să-i telefoneze psihologei acasă la orice oră din zi și din noapte, pentru cele mai neînsemnate motive, și lipsea frecvent de la ședințele de terapie. De asemenea, refuzase să completeze formularul de acord pentru dezvăluirea de informații către alți specialiști, care i-ar fi permis psihologei să comunice cu psihiatrul care o trata. La momentul prezent pacienta avea facturi neachitate în sumă de peste o mie de dolari.

Tipul acesta de situații poate impune folosirea succesivă a strategiilor de optimizare a calității și a modelului decizional etic bazat pe principii. Aici sunt relevante strategiile distale de optimizare a calității: psihologii trebuie să încerce să anticipeze posibilitatea apariției unor asemenea situații. Unii autori subliniază importanța abordării temei încetării tratamentului încă din fazele incipiente ale tratamentului (de pildă, Anderson și Handelsman, 2010; Rice și Follette, 2003; Swift și Greenberg,

2014; Younggren și Gottlieb, 2008). Printre altele, ca parte a procesului de obținere a consimțământului informat, psihologii trebuie să discute despre așteptările pe care le au față de pacienți în cadrul tratamentului și despre felul cum îndeplinirea acestor așteptări este direct legată de încetarea sau continuarea terapiei. Eșecul pacientului de a respecta cerințele de bază ale tratamentului, cum sunt punctualitatea, evitarea comportamentelor de transgresare a limitelor, implicarea în terapie, achitarea facturilor și efectuarea temelor pentru acasă, trebuie să determine aducerea în discuție a încetării tratamentului sau, dacă este cazul, reevaluarea planului de tratament.

Uneori psihologilor nu le face plăcere să-și recunoască nereușitele și din această cauză ar putea să nu fie suficient de atenți la unele semnale care apar încă de la începutul unei terapii. Asemenea semne timpurii cu privire la faptul că tratamentul poate fi pus în pericol ar putea fi refuzul pacienților de a plăti ședințele sau lipsa lor de aderență la recomandările terapeutice. Asemenea comportamente pot trezi în terapeut sentimente de indignare, care pot favoriza apoi luarea unor decizii bazate pe factori nonraționali, cum ar fi încetarea prematură a terapiei fără o explorare adecvată a motivelor reale ale lipsei de aderență la tratament.

În Capitolul 3 am prezentat varianta de utilizare a regulii celor patru ședințe: dacă un pacient nu a făcut nicio schimbare până la cea de-a patra ședință sau dacă nu se poate realiza o bună relație terapeutică, psihologul poate folosi o fișă de evaluare pentru a revizui obiectivele și procedeele terapeutice. Cu toate că unii psihologi pot aștepta mai mult de patru ședințe înainte de a lua în considerare o reevaluare a planului de tratament, recomandăm ca strategia de reevaluare a obiectivelor și

 metodelor terapeutice să fie folosită devreme și atunci când pacientul nu răspunde la tratament. Folosirea fișelor de evaluare oferă oportunitatea implementării celor patru strategii de optimizare a calității. Psihologii pot discuta cu pacientul despre lipsa progresului și pot obține de la el sugestii despre cum l-ar putea determina să se angajeze mai serios în terapie (implicarea în tratament), se pot consulta cu alți specialiști cu privire la cazul respectiv, pot consemna procesul de luare a deciziilor lor și pot căuta și alte surse de informare pentru a determina progresul pacienților (protecție suplimentară). Deși pare un lucru evident, este important să subliniem că succesul acestor strategii poate fi mai mare dacă ele sunt aplicate încă din primele faze ale tratamentului.

Dacă strategiile de optimizare a calității nu funcționează, psihologii pot trece la strategiile etice de luare a deciziilor și la evaluarea beneficiilor și dezavantajelor pacientului dacă este continuată terapia. În cazul prezentat mai sus, pacienta nu are beneficii, ba chiar își poate face rău, dar o asemenea concluzie, ca și decizia încetării tratamentului pot fi în conflict cu principiul respectului față de autonomia de decizie a pacientei. Terapeuta poate diminua efectele încălcării acestui principiu moral prin încercarea de implicare a pacientei în discuție „din respect față de autonomia pacientului și pentru a obține un consimțământ informat, pentru a afla perspectiva sa cu privire la procesul terapeutic" (Younggren și Gottlieb, 2008, p. 501).

Psihologa din cazul de mai sus poate fi influențată de sentimente precum furia față de pacientă, dezgustul față de comportamentul pacientei sau furia față de sine însăși pentru că nu are suficientă competență pentru a o ajuta pe această pacientă sau pentru că a acceptat-o de la bun început. Sub influența factorilor nonraționali, terapeuta poate dori să pună capăt tratamentului

acestei paciente, dar, din cauza aversiunii față de pierdere, ar putea acționa în grabă și ar eșua în aplicarea procedurilor celor mai adecvate. În mod ideal, ea ar trebui să își conștientizeze propriile sentimente și să abordeze comportamentul problematic al pacientei (inclusiv onorariile neachitate) cât mai devreme pe parcursul tratamentului, în loc să permită acumularea resentimentelor până la un punct la care nu o mai poate suporta pe pacientă și începe să-și facă griji că ar putea exploda sau acționa inadecvat față de aceasta.

Desigur, situația poate fi chiar și mai rea. Să analizăm un alt exemplu:

O pacientă suicidară

În cazul unei paciente care nu prezenta aderența adecvată la recomandările terapeutice și nu progresa, psihologul a pus în discuție posibilitatea întreruperii tratamentului. Pacienta a spus că acest lucru ar fi atât de supărător pentru ea, încât se gândește să se sinucidă. Pacienta avea o istorie îndelungată de ideație suicidară pasivă, dar nu amenințase niciodată până atunci să se omoare.

Aici, psihologul trebuie să pună în balanță principiile etice al primatului stării de bine (beneficiile pacientei) și al evitării daunelor (evitarea vătămării pacientei) și respectul față de luarea deciziei de către pacientă. O întrebare care se pune într-un asemenea caz este dacă amenințarea cu suicidul este într-atât de iminentă și gravă încât încetarea tratamentului ar fi cu adevărat contraindicată. Această situație are nevoie de o analiză costuri-beneficii. Psihologul trebuie să stabilească dacă amenințarea cu sinuciderea este suficient de serioasă pentru ca încetarea tratamentului să fie evitată, cel puțin atâta timp cât pacienta este încă într-o fază acută

 a bolii. Dacă lucrurile stau așa, psihologul poate amâna încetarea terapiei pentru a diminua efectele încălcării principiului moral transgresat prin continuarea tratamentului, atâta timp cât pacienta își îndeplinește obligațiile, precum participarea la ședințele de terapie, aplicarea recomandărilor și utilizarea serviciilor de urgență în mod corespunzător. Totuși, psihologul ar putea stabili că amenințarea cu suicidul are un grad de risc destul de scăzut, astfel încât beneficiile potențiale ale încetării terapiei și trimiterea către un alt specialist ar fi superioare riscului unei tentative de sinucidere. În consemnarea deciziei de a pune capăt tratamentului, psihologul nu trebuie să nege sau să minimalizeze amenințarea cu suicidul, ci să înregistreze celelalte considerații, care exclud amenințarea.

Cuvânt de încheiere

Nu există nicio îndoială cu privire la importanța creării posibilității ca pacienții să-și exprime consimțământul informat. Este cerut prin lege, indicat din punct de vedere etic și reprezintă o strategie bună de optimizare a calității. Totuși unii psihologi par să ezite în îndeplinirea acestei sarcini sau nu profită de toate avantajele ei potențiale. Unii pot avea rezerve față de ceea ce ei consideră a fi un legalism inutil, alții pot să simtă că impunerea abordării unor asemenea aspecte reprezintă o încălcare a cadrului și o intruziune în procesul terapeutic. Cu toate că înțelegem poziția unora dintre colegii noștri, sperăm că acest capitol arată că obținerea unui consimțământ informat de bună calitate din partea pacientului, nu doar că respectă standardele legale, dar poate reprezenta și o asistență clinică de un nivel înalt de excelență.

Principiul binelui general și pacienții periculoși

Așa cum am discutat în Capitolul 2, psihologii pot face în mod justificat excepții de la regula confidențialității atunci când pacienții reprezintă un pericol iminent de a produce vătămări fizice grave lor înșiși sau altora și nu există alte modalități de îndepărtare a pericolului. În asemenea cazuri, principii etice precum primatul binelui general sau al binelui public general prevalează asupra principiului etic al respectării autonomiei de decizie a pacientului. În plus, majoritatea autorităților de stat le permit sau le cer psihologilor să încalce confidențialitatea în asemenea cazuri. Din pricina faptului că legile statelor pot fi diferite de la un stat la altul în termenii obligațiilor specialiștilor, le recomandăm psihologilor să se informeze cu privire la ceea ce prevede legea aplicabilă în regiunea de jurisdicție în care profesează.

Psihologii se pot confrunta cu luarea unor decizii greu de discernut atunci când sunt în situația de a încălca regula confidențialității în cazul unor pacienți care amenință persoane terțe neidentificabile, care proferează amenințări îndepărtate sau vagi sau își condiționează punerea în practică a amenințărilor de evenimente viitoare. De asemenea, uneori adolescenții se angajează

 în comportamente de mare risc în care pericolul de a-și dăuna lor înșiși sau altora este incert. De asemenea, uneori, psihologii înșiși pot fi în pericol. Acest capitol oferă recomandări psihologilor care lucrează în asemenea circumstanțe dificile.

Pericolul generalizat

Cum ar trebui să reacționeze psihologii atunci când o amenințare nu este direcționată către nicio persoană identificabilă, ci este mai generalizată? Deși există diferențe între prevederile legale în vigoare ale statelor cu privire la obligația de avertizare sau de protecție aplicabilă inclusiv cazurilor reprezentate de procesele judiciare, obligația legală a psihologilor de a avertiza sau proteja este aplicabilă doar atunci când un specialist în sănătatea mentală stabilește că pacientul reprezintă o amenințare iminentă de vătămare substanțială față de o terță persoană sau terțe persoane identificabile (Werth, Welfel și Benjamin, 2009). Cu toate acestea, psihologii responsabili vor încerca totuși să îndepărteze pericolul, chiar dacă amenințarea de pericol nu este iminentă și nu poate fi identificată imediat nicio posibilă victimă. Să analizăm următorul exemplu:

Un pacient plin de ură

Un pacient caucazian s-a prezentat la prima ședință de psihoterapie amenințând că-i omoară pe toți negrii. A povestit un incident care avusese loc cu o săptămână înainte, când le ceruse câtorva persoane de culoare de pe strada lui să dea muzica mai încet, iar ei refuzaseră. El s-a dus acasă, a chemat poliția și s-a întors la scena altercației cu un pistol. Când a ajuns acolo, poliția ajunsese deja și nu mai era zgomot. Ofițerul

de poliție a discutat cu el, iar apoi a plecat, fără să știe că omul avea la el un pistol. Bărbatul avea o istorie de viață violentă, era un singuratic, în trecut abuzase de droguri și alcool și era foarte suspicios față de alți oameni. Sora sa era singura persoană cu care avea un contact regulat.

Acest caz poate genera o anxietate destul de intensă unui psiholog. Acesta s-ar putea simți intimidat de responsabilitatea împiedicării morții unor oameni nevinovați sau de eventualitatea ca pacientul sau membri ai familiilor vreunei potențiale victime să depună plângeri împotriva sa la Asociația Psihologică Americană (APA) din statul în care el profesează și să suporte consecințele unor măsuri luate contra sa de comisia de autorizare a dreptului său de practică, sau de posibilitatea să îl cheme cineva în judecată în instanțele de drept civil. Cu asemenea îngrijorări în minte, psihologului îi poate deveni dificil să se concentreze pe păstrarea echilibrului între preocuparea pentru pacient și cea pentru siguranța publică. Situații ca aceasta, în care psihologul se poate simți copleșit cu mare ușurință de propria sa anxietate, sunt exact genul de cazuri care pun la încercare capacitatea sa de implementare a eticii pozitive.

Pacientul a venit la cabinet pentru a vorbi despre furia lui și și-a exprimat dorința sinceră de a-și controla impulsurile; aceștia erau indicatori ai unui prognostic bun. În acest caz, terapeutul a reușit să creeze o relație pozitivă cu pacientul și l-a primit în terapie, reușind să-l înscrie într-un program de reabilitare vocațională. Pe măsură ce calitatea vieții sale s-a îmbunătățit, furia sa față de afro-americani a început să scadă.

Ce se întâmplă însă dacă pacienții sunt mai puțin cooperanți, iar psihologii nu observă o scădere graduală a periculozității lor

 și creșterea autocontrolului? Psihologii se pot teme în permanență că pacienții vor deveni violenți și că ei vor fi considerați responsabili pentru incapacitatea lor de a preveni acțiunile pacienților. În asemenea situații, psihologii pot folosi strategiile de optimizare a calității. Pe cât posibil, psihologii trebuie să identifice obiective comune cu ale pacienților (implicare în tratament). Cu toate că pacienții pot să nu-și propună ca obiectiv terapeutic, de exemplu, să nu-i mai urască pe negri, ei pot adopta un obiectiv intermediar de reducere a anxietății, depresiei sau furiei, în legătură cu fanteziile lor de a le face rău altor oameni.

Consultările cu persoane din afara terapiei pot fi de asemenea importante și pot include discuții cu membri din cercul social al pacientului (în acest caz sora pacientului), cu alți specialiști din domeniul sănătății mentale sau consilieri spirituali cu care pacientul ar fi putut vorbi. Psihologii se pot consulta și cu profesioniști în sănătate mentală care au experiență cu asemenea pacienți și care le-ar putea oferi unele sfaturi cu privire la pașii ce trebuie urmați și la implementarea unor planuri de tratament eficiente.

Când riscul de pericol este mare, este adeseori utilă implementarea de strategii suplimentare de protecție. De exemplu, pacientul din cazul prezentat mai devreme poate fi de acord ca psihologul să discute periodic cu sora lui despre ceea ce observă ea legat de evoluția stării mentale a pacientului.

Este important ca psihologul să consemneze aceste intervenții. Aceste înregistrări trebuie să fie transparente: psihologul trebuie să consemneze care sunt motivele intervenției sale, iar acest lucru poate duce la conștientizarea riscurilor sau a incertitudinii asociate cu anumite decizii.

Acest tip de cazuri prezintă conflicte potențial dificile din punctul de vedere al eticii bazate pe principii. Deși scopul

psihologului este de a face tot ce este mai bine pentru pacientul său (starea de bine a pacientului), el trebuie să aibă în vedere și siguranța altor persoane (binele general) și prevenirea vătămării acestora și a pacientului său (evitarea daunelor). Dar, la un moment dat, el poate fi nevoit să intervină împotriva voinței pacientului, ca urmare trecând peste respectul față de autonomia acestuia.

Am lucrat cu terapeuți care intrau în profesie după mulți ani de carieră profesională în drept și în drept execuțional. Pentru unii dintre ei, strategiile de separare pot conduce la aplicarea rigidă a clauzelor legale privind raportarea cazurilor. Pentru alții, strategiile de separare pot include repulsia morală ca reacție la rasismul pacienților. Ambele tipuri de răspuns pot submina principiile profesionale, precum competența și respectul. Să luăm în considerare acest exemplu:

Un pacient alcoolic[22]

Un pacient s-a prezentat la ședința de terapie într-o stare evidentă de ebrietate. Văzând că pacientul nu putea beneficia în niciun mod de terapie din cauza stării în care se afla, psihologa a întrerupt ședința și l-a întrebat dacă avea cu ce să se întoarcă acasă. Pacientul i-a răspuns că venise cu mașina. Psihologa și-a făcut griji în legătură cu capacitatea lui de a conduce până acasă în condiții de siguranță și a încercat să-l convingă să îi cheme un taxi, dar el a refuzat. Ea s-a oferit să plătească taxiul în locul lui, dar el a refuzat din nou. Atunci ea i-a cerut cheile de la mașină, dar el a refuzat și acest lucru.

[22] Părți din această secțiune sunt adaptate după „What to Do With a Drunken Pacient?" *(Ce să facem cu un pacient beat)*, de S. Knapp, 2012, *Pensylvannia Psychologist*, august 2012, pp. 3-4. Copyright 2012, Pennsylvania Psychological Association. Adaptare cu permisiune.

Apoi pacientul a pornit legănându-se către ieșire cu aparenta intenție de a pleca acasă singur cu mașina.

În unele state americane, psihologii sunt obligați prin lege să anunțe poliția în cazul șoferilor care sunt dezechilibrați psihic sau au tulburări mentale sau neurologice care i-ar putea împiedica să conducă în siguranță. Totuși, această cerință nu îi ajută să rezolve problema de siguranță imediată. Cerința cu privire la raportarea șoferului periculos îi obligă pe cei implicați în acordarea de servicii de sănătate să notifice poliția rutieră, care trimite apoi o notificare de suspendare a permisului de conducere. Deși asemenea prevederi legale pot fi de ajutor pe termen lung, acestea nu arată cum trebuie să procedeze cineva pe moment.

În situația imediată a gestionării unui pacient beat care vrea să plece acasă cu mașina, cea mai mare parte a procesului de decizie constă în analiza factorilor situaționali. Poate fi greu de stabilit în ce măsură echilibrul psihic al pacientului este afectat de consumul de alcool. În unele cazuri, psihologi diferiți, care evaluează același pacient, pot avea opinii diferite cu privire la gradul în care este afectată starea psihică a acestuia. Nu cunoaștem vreun instrument de evaluare euristică sau rapidă. Totuși, în cazul prezentat, psihologa era convinsă că mersul legănat, vorbirea împleticită, răspunsul emoțional și alte comportamente ale pacientului arătau că acesta nu avea capacitatea de a conduce mașina. Bazându-se pe spiritul său de observație, în mod adecvat, ea a încercat să-l convingă pe pacient să nu conducă mașina și să-l convingă să ia în considerare alte modalități de a ajunge acasă. Totuși, comportamentul pacientului a forțat-o pe psihologă să pună pe primul plan siguranța publică și să încalce regula confidențialității față de pacientul său.

Legalitatea unei decizii de încălcare a confidențialității se bazează pe formularea specifică a excepțiilor de la regula confidențialității la nivelul fiecărui stat în parte. Dacă legea statală nu permite nicio excepție de la regula confidențialității, în circumstanțe precum cele arătate în cazul de mai sus, psihologa s-ar afla prinsă în dilema dacă obligația de a respecta legea (respectul față de dreptul pacientului la confidențialitate) nu ar intra în conflict cu principiul protecției binelui public sau general (obligația psihologului de a proteja binele social). Așa cum am arătat în Capitolul 2, pot exista situații în care psihologii pot încălca cu bună știință o anumită lege, aplicând în același timp un principiu general, cum ar fi starea de bine a pacientului și binele public. Mai exact, ei pot decide că binele public este prevalent față de respectarea regulii confidențialității. Asemenea decizii nu pot fi luate cu ușurință, iar încălcarea legii poate duce la consecințe juridice pentru psihologii aflați în asemenea situații. Sunt totuși foarte rare circumstanțele în care încălcarea legii poate fi justificată din perspectivă etică.

Cu toate acestea, modul în care psihologii acordă prioritate diferiților factori de influență în procesul de luare a deciziilor etice poate fi afectat și de alți factori, precum euristica disponibilității. Mai concret, uneori psihologilor le pot veni cu rapiditate în minte exemple care să îi predispună la acțiuni specifice prin influențarea modului lor de gândire, cum ar fi vizionarea de curând la televizor a vreunui reportaj cu privire la conducerea sub influența alcoolului. Alții își pot aminti, dimpotrivă, exemple care îi predispun la evitarea acțiunii. De exemplu, își pot reaminti povestirile unor colegi care au fost dați în judecată pentru încălcarea confidențialității și autonomiei pacienților. Un alt factor poate fi legat de euristica afectului. Cei care au avut experiențe

negative puternice legate de starea de ebrietate sau de abuzul de alcool pot fi mai înclinați la erori în stabilirea gradului de gravitate a riscului pentru siguranța publică. În plus, și anumite strategii de aculturație pot influența cadrul de gândire. Cei predispuși la strategii de separare pot înclina către intervenții mai ferme: „Prietenii nu-și lasă prietenii să conducă după ce au băut". Cei predispuși la asimilare pot fi mai înclinați să pună respectarea autonomiei pe un piedestal atât de înalt, încât omit să ia în considerare implicațiile deciziei lor pentru siguranța publică.

Pericolul îndepărtat

Dacă psihologii interpretează o situație ca pe o urgență sau ca fiind sub incidența nevoii imperative de acțiune, ei ar putea da prea puțină importanță altor considerații și astfel să scurtcircuiteze elemente etice importante în modul lor de gândire. Pe măsură ce pericolul devine mai puțin emergent, deliberările devin mai complexe. Să luăm în considerație următoarea situație:

O temere îndepărtată

Un pacient adult avea gânduri sexuale obsesive legate de fete adolescente, dar nu avea cazier judiciar și negase orice activitate sexuală cu acestea. Recent, el a povestit că se simțea atras de nepoata lui de treisprezece ani, cu care uneori rămânea singur.

Acest caz ridică întrebări cu privire la momentul în care un comportament suspect depășește limita, devenind periculos. În acest caz, pacientul a povestit că nu pusese niciodată în act

gândurile pe care le avea, că fusese tulburat de ele și că era foarte motivat să le elimine. În termenii aculturației, informarea părinților cu privire la faptul că fiica lor ar putea fi în pericol poate fi o strategie de asimilare. Unii psihologi pot considera în mod eronat că orice pericol față de o victimă identificabilă le dă dreptul să o avertizeze, chiar dacă pericolul este unul îndepărtat sau poate fi disipat fără a fi avertizată potențiala victimă (sau alte persoane care ar putea-o proteja). Percepția le poate fi influențată de factori precum teama de reclamații dacă s-ar întâmpla ceva în neregulă, experiențele personale trecute legate de diferite cazuri de pedofilie sau diferite reportaje de știri recente.

Decizia de a raporta cazul poate fi și dovada unei strategii de separare. De exemplu, unii psihologi pot avea atitudini puternice și punitive față de infractorii sexuali și prima lor reacție ar putea fi ceva de genul: „Nu-mi pasă care sunt responsabilitățile mele profesionale. Oamenii aceștia trebuie opriți". O explorare atentă a strategiilor de integrare ar putea face ca psihologii să devină conștienți de sentimentele lor, să identifice cu claritate limitele rolurilor lor profesionale, să evalueze posibilele vulnerabilități ale raționamentului lor și să identifice faptele relevante ale cazului, precum și valorile și principiile aplicabile.

În cazul prezentat, psihologul a considerat că temerile pacientului erau ruminații caracteristice tulburării obsesiv-compulsive. Cu toate acestea, date fiind posibilele consecințe grave asupra unui copil, psihologul a instituit câteva strategii de optimizare a calității. A reevaluat periodic planul și procedurile de tratament împreună cu pacientul, pentru a se asigura că acesta era în continuare angajat în procesul terapeutic (implicarea în terapie), s-a consultat cu alte câteva persoane (a solicitat inclusiv o consultație cu un psihiatru care la un moment dat îi prescrisese

pacientului medicamente), a consemnat cu acuratețe intervențiile în fișa pacientului și a identificat măsuri suplimentare de protecție care i-au furnizat informații adiționale cu privire la frecvența și intensitatea acestor gânduri nedorite. Psihologul a reflectat, de asemenea, pentru a conștientiza modul în care propriile sale sentimente îi influențau deciziile. Și-a pus întrebări precum: Ce simt eu față de acest pacient? Sunt înspăimântat de riscul ca pacientul să treacă la act pe baza a ceea ce simte?

Uneori este greu de stabilit dacă pericolul este iminent sau îndepărtat. Să analizăm următoarea situație:

Neînțelegeri asupra unei probleme importante

Un psiholog făcea parte dintr-o echipă de tratament dintr-un spital și credea că un pacient, dacă ar fi fost externat, ar fi putut face rău unei terțe persoane identificabile. Totuși, pacientul nu avusese comportamente periculoase în ultima perioadă și își ameliorase comportamentul amenințător din trecut față de o altă persoană. Echipa de terapie nu împărtășea îngrijorările psihologului cu privire la potențialul de violență al pacientului.

În acest tip de situații apare pericolul ca membrii unei echipe să cadă pradă distorsiunii de confirmare. Mai exact, ei pot căuta argumente care să le justifice primele opțiuni fără a lua în considerare posibilitatea că ar putea greși. Această distorsiune îi poate conduce și la ignorarea opiniilor altor membri ai echipei cu privire la modalitățile de reducere a riscului asociat externării unui pacient. Luarea deciziilor este mai eficientă atunci când participanții înțeleg că s-ar putea să nu aibă toate informațiile necesare pentru a lua cea mai bună decizie sau că pot interpreta

în mod incorect aceste informații și nu se lasă influențați prin distorsiunea confirmării și prin efectul de grup.

Uneori, membrii mai vechi ai echipei sau cei cu gradul profesional cel mai înalt, cum ar fi psihiatrul sau psihologul specialist, pot exclude în mod prematur informațiile primite de la cei cu mai puține specializări sau experiență. Cu toate că psihologii specialiști și psihiatrii au dreptul justificat de a fi mândri de nivelul lor de studii, ei trebuie să poată justifica deciziile pe care le iau pe baza faptelor și a dovezilor științifice și nu a poziției sau statutului lor legal în echipa de lucru interdisciplinară.

În Capitolul 3 am arătat că organizațiile cu cea mai bună funcționare sunt cele în care liderii sunt gardieni ai cadrului, mai concret, ei înțeleg faptul că o cultură organizațională poate influența modul în care membrii echipei răspund la solicitări. Cei mai buni lideri își tratează angajații cu respect și îi încurajează să își ofere opiniile când acestea au relevanță. De exemplu, dacă o asistentă medicală suspectează că schema de tratament pe care un medic a prescris-o unui pacient este greșită, atunci ea ar trebui să se simtă liberă să intervină („Doctore, am vrut să mai verific încă o dată rețeta pentru doamna Rivera..."), iar dacă un asistent social observă comportamente neobișnuite în timpul unei ședințe de terapie de grup, atunci el trebuie să se poată simți liber să împărtășească aceste observații cu echipa terapeutică („La ședința de grup, domnul Washington a făcut mai multe glume nesărate...").

Conștient de euristicile și distorsiunile la care poate fi vulnerabil personalul unei clinici, conducătorul echipei din cazul prezentat mai sus a avut grijă să-i provoace într-un mod politicos, pe măsură ce fiecare și-a exprimat părerea, pentru a-i ajuta, atât pe membrii luați individual, cât și echipa ca întreg, să analizeze

cu mai multă obiectivitate variantele. Mai mult, echipa de terapeuți a refuzat să polarizeze dezacordul și toți membrii au fost de acord să-și modifice pozițiile pe măsură ce noi informații au fost scoase la lumină. Membrii echipei de tratament identificaseră factori diferiți care îi conduceau pe fiecare către o altă concluzie și au căutat mai multe informații sau altele diferite, care să îi poată ajuta să-și modifice opiniile. După câteva zile de reținere a bolnavului în spital, psihologul și ceilalți membri ai echipei de tratament au obținut informații mai detaliate de la pacient cu privire la comportamentele sale agresive din trecut și la circumstanțele care îl conduseseră la punerea lor în act, inclusiv cu privire la faptul că pacientul înțelegea că el însuși ar fi putut avea un rol în generarea acelor situații. În general, este un indicator de prognostic bun dacă pacientul arată că își regretă comportamentul și înțelege rolul pe care l-ar fi putut avea el însuși în diferite situații. Aceste discuții, combinate cu medicația antidepresivă, păreau să diminueze amploarea fantasmelor agresive ale pacientului. Echipa terapeutică a ajuns la un consens cu privire la externarea pacientului, luând anumite măsuri de precauție pentru reducerea probabilității ca acesta să acționeze din nou mânat de fantasmele sale violente.

Pericolul incert

Există situații în care este greu de spus dacă există cu adevărat vreun risc pentru o terță parte. Să analizăm următorul caz:

O mamă ciudată

O pacientă spunea că născuse într-un weekend între două ședințe de psihoterapie. (Avea o siluetă greoaie și purta haine

largi, astfel că psihologul nu ştiuse că ea fusese însărcinată.) A refuzat să dea alte detalii despre tatăl copilului sau despre naștere, cu excepția faptului că insista că bebelușul era bine îngrijit, dar nu de ea. Femeia era ciudată și confuză în comportament.

Psihologul care o trata avea o experiență bogată și se străduia să implementeze strategiile de optimizare a calității. El a încercat să o convingă pe pacientă să fie de acord să identifice ca obiectiv al tratamentul ei aspectele legate de bunăstarea copilului (implicarea în tratament) și să o determine să fie de acord cu accesarea unei surse alternative de informații pentru a se asigura de starea de bine a nou-născutului, de exemplu să-i acorde psihologului permisiunea de a lua legătura cu pediatrul copilului (protecție suplimentară). În mod ideal, psihologul ar fi avut nevoie de mai mult timp pentru a construi o relație de încredere, pentru a genera opțiuni și a descoperi o modalitate certă de a se asigura că bebelușul era în siguranță, dar, în acest caz, el a considerat că trebuia să acționeze cu rapiditate din cauza răspunsurilor evazive ale pacientei și a aparentei ei nepăsări față de starea de bine a copilului.

Dat fiind faptul că pacienta nu se arăta ea singură preocupată de siguranța copilului și dată fiind incapacitatea ei generală de a se gândi cu claritate la situațiile în care se afla, psihologul a decis să o informeze pe pacientă că dacă nu îi oferă mai multe detalii, avea să sune la serviciul de protecția copilului și să solicite o anchetă. Mai exact, el a optat pentru prevalența primatului binelui general (starea de bine a bebelușului) asupra respectului față de autonomia pacientei. Simțindu-se presată, pacienta i-a mai dat furioasă câteva detalii superficiale, dar într-o manieră foarte reținută. Simțind că informațiile pe care ea i le furniza

erau inadecvate, el a sunat la Protecția Copilului pentru a solicita investigarea modului cum era îngrijit copilul.

În această situație, teama se pare că a jucat un rol pozitiv în deliberările psihologului — probabil punându-l pe acesta mai ferm în contact cu obligațiile sale profesionale. Într-o anumită măsură, el era preocupat de conduita bizară a pacientei sale, chiar dacă nu putea numi cu exactitate trăsăturile care îl deranjaseră atât de mult. Reflectând asupra situației, el a realizat că pauzele ei lungi înainte de a răspunde, răspunsurile reținute și eșecul de a-i susține privirea îi reaminteau de pacienți cu probleme grave de paranoia — o utilizare constructivă a euristicii reprezentativității. Psihologii vor avea adeseori reacții emoționale față de pacienți, din motive care nu le sunt evidente. Credem că este dezirabil ca asemenea sentimente să fie identificate și numite pentru a ajuta în procesul de luare a deciziilor.

Acest exemplu ilustrează că, în ciuda tuturor eforturilor, luarea unor decizii etice bune nu ne face întotdeauna să ne simțim bine și că deciziile luate pot pune în pericol relația terapeutică. După ce a făcut toate eforturile și după ce a primit atât de puține informații, psihologul a simțit că nu avea altceva de ales decât să acționeze în numele copilului, chiar dacă acest lucru putea duce la pierderea relației cu acea pacientă.

Pericolul subapreciat față de sine însuși

Evident, psihologii nu îi pot forța pe pacienții lor să-și înțeleagă propriul comportament, dar pot lua măsuri responsabile de a se asigura că pacienții evaluează cât de cât corect pericolul în care s-ar putea afla. Iată un exemplu:

O situație foarte periculoasă

O psihologă trata o femeie care fusese abuzată de soțul ei. Pretindea că acesta o strânsese de gât, o lovise și o îmbrâncise până când o băgase în spital și că o amenințase și că o va omorî. Soțul era alcoolic și părea să aibă episoade de furie necontrolată. După ce o bătea, abuzatorul întotdeauna îi cerea scuze și o implora să îl ierte, iar ea îl primea înapoi. Tiparul de violență față de ea dura de mult timp, dar episoadele deveneau tot mai grave.

În ciuda tiparului de maltratare, pacienta refuza să își facă niște planuri rezonabile de autoprotecție. Psihologa a atenționat-o cu privire la acest aspect, spunându-i că se află într-un mare pericol în preajma acestui bărbat și că nu exista niciun motiv să creadă că abuzurile aveau să înceteze.

Un asemenea caz poate provoca sentimente puternice psihologului, care îi pot devia judecata către soluții care nu sunt cele mai fericite, bazate pe strategii de separare. De exemplu, psihologa, gândindu-se la ce ar face dacă ar fi vorba despre o prietenă sau o rudă de-a sa aflată într-o asemenea situație, s-ar putea gândi să o ia pe pacientă la ea acasă (poate chiar împotriva voinței acesteia) și să aibă grijă de ea până când (pacienta) urma să facă aranjamentele necesare pentru a-și părăsi soțul. Sau ar putea insista ca pacienta să plece de-acasă și să meargă la un adăpost — condiționând continuarea terapiei de un asemenea gest. Totuși, un asemenea paternalism extrem ar putea să nu fie în cel mai bun interes al pacientei. O strategie optimă ar da posibilitatea asigurării stării de bine a pacientei fără a încălca într-un mod nepotrivit autonomia de decizie a acesteia.

În acest caz, psihologa a folosit una dintre strategiile din modelul optimizării calității. Ea a încurajat-o pe pacientă să meargă la o consultație cu un specialist în abuzuri domestice. Au lucrat împreună la un plan de reducere a probabilității apariției episoadelor de violență și au pus la punct și un plan de fugă. Să analizăm o altă situație:

Gravitatea rănirii unei sportive

O psihologă ajuta o studentă sportivă să își îmbunătățească rezultatele. Sportiva i-a spus că nu de mult avusese un traumatism cerebral, dar că antrenorul ei îi recomandase să nu-i spună medicului echipei din care făcea parte, pentru că acesta ar fi putut să nu-i permită să participe la competiția care urma nu peste mult timp. Cu toate că era îngrijorată de faptul că urma să joace fiind rănită, ea nu voia să îl supere pe antrenorul ei personal, astfel că nu spusese nimic.

Date fiind cunoștințele pe care le avea despre consecințele devastatoare ale continuării activității sportive cu un traumatism care nu a fost corespunzător evaluat (medical), psihologa știa că medicul echipei trebuia să fie informat. În mod ideal, pacienta ar fi trebuit să-i spună ea însăși medicului, dar ea ezita să o facă. În ce punct al relației terapeutice educarea pacientei ar putea aluneca pe panta persuasiunii, încurajării sau chiar a coerciției?

Dacă pacienta nu era de acord să îi spună ea însăși medicului, psihologa trebuia să analizeze dacă avea sau nu vreo obligație legală de a-i raporta medicului ceea ce știa despre traumatismul sportivei sau poate părinților ei, chiar fără consimțământul acesteia. Contextualizându-și gândirea, în deliberarea sa psihologa s-ar fi putut folosi de amintirile imaginilor din reportaje pe care le văzuse recent despre unii jucători din Liga Națională de

Fotbal care suferiseră multiple traumatisme, urmate de leziuni cerebrale permanente. Deliberările ei ar fi putut fi diferite dacă ar fi fost încadrate mental de imaginea propriului ei frate care jucase fotbal în echipa liceului în campionat și fusese odată lăsat inconștient la un fault, dar continuase să joace aparent fără ca acest lucru să-i afecteze sănătatea. Sau poate fusese ea însăși sportivă în liceu sau în facultate și considera că a avea „propriul ceas de glorie" făcea parte din regulile competițiilor sportive. În mod ideal, analiza ei trebuia să fie bazată pe literatura științifică privind efectele traumatismelor cerebrale, care demonstrează gravitatea extremă a neraportării și netratării a unor contuzii.

Psihologa a decis că, din cauza riscurilor implicate, îi putea cere direct pacientei să îi spună medicului care este situația. Ea a ales să îi ofere tinerei informații clare și lipsite de echivoc despre efectele potențiale ale continuării activității sportive cu un traumatism tratat necorespunzător. Totuși, ea a încorporat unele principii de optimizare a calității în intervenția sa, împărtășindu-i părerea sa pacientei, lucrând cu aceasta pentru a obține mai multe informații (implicarea în tratament) și consemnându-și cu acuratețe intervențiile. În discuția cu pacienta, psihologa a mai luat în considerare și abordarea aspectului legat de riscul asupra sănătății publice la care era expusă aceasta, având un antrenor care demonstra o asemenea ignoranță cu privire la — sau nedoritor să se folosească de — informațiile de bază privind siguranța în ceea ce privește contuziile, și care putea fi în situația de a-și încălca propriile standarde etice insistând cu privire la păstrarea secretului.

Pericolul posibil al unui eveniment viitor

Uneori pericolul este legat de un eveniment viitor. De exemplu, mama victimei unei omucideri a declarat că avea intenția să-l omoare pe atacator la ieșirea acestuia din închisoare. Într-o altă situație, un pacient a amenințat că „o să le facă ceva" soției lui și prietenei acesteia dacă soția avea să-l părăsească. O altă pacientă a povestit că o rudă a ei care era în închisoare i-a spus că, atunci când avea să iasă de acolo, avea de gând s-o omoare pe martora care îl băgase în pușcărie.

Pot fi relevante aici și recomandările cu privire la pacienții cu planuri de suicid (Gutheil și Schetky, 1998). Faptul că pacienții le povestesc psihologilor lor despre asemenea posibile evenimente sugerează că ei pot avea sentimente ambivalente în legătură cu planurile lor; dacă lucrurile stau așa, poate fi absolut necesară explorarea acestor sentimente în profunzime. De obicei, în asemenea cazuri psihologii au suficient timp să lucreze cu pacienții înainte ca evenimentele anticipate să aibă loc.

Unul dintre primii pași este acela de a determina gradul de pericol. Acestor pacienți le pot fi adresate câteva dintre întrebările care le sunt puse de obicei și altor pacienți ce prezintă riscul iminent al unor comportamente periculoase. Există indicii că pacientul sau potențialul atacator chiar va face ceea ce amenință că vrea să facă? Există fantezii recurente legate de evenimentul anticipat sau e mai mult un gând tranzitoriu? Pacientul sau atacatorul s-a gândit pur și simplu la acel gest sau a făcut deja lucruri în sensul punerii în practică a amenințării (de exemplu, și-a făcut un plan detaliat sau a cumpărat o armă)? Dacă da, care au fost circumstanțele în care a apărut violența, și a simțit pacientul satisfacție sau vinovăție în legătură cu aceasta? Aparține

pacientul unei subculturi care susține violența? Este consumator de alcool sau alte droguri? Poate fi, de asemenea, utilă înțelegerea motivelor pacientului sau ale potențialului atacator. Sunt aceste motive legate în primul rând de răzbunare sau există și aspecte de autoprotecție implicate în acea amenințare, din cauză că pacientul la rândul său se simte amenințat?

Asemenea întrebări pot scoate la iveală mai multe fapte care vor ghida procesul de decizie cu privire la gradul și iminența pericolului. Totuși, poate fi la fel de important ca psihologii să ia în considerare influența propriilor lor sentimente sau a altor factori nonraționali asupra deciziilor lor. De exemplu, poate fi greu pentru un psiholog să se concentreze asupra stării de bine a pacientului în condițiile în care simte presiunea de a acționa din teama că s-ar putea întâmpla ceva grav, pentru care el ar putea fi tras la răspundere. O a doua problemă poate apărea atunci când psihologul are resentimente față de pacient pentru deranjul pe care i-l produce acesta, provocându-l la o serie de judecăți și decizii atât de dificile, în condițiile în care mintea lor este preocupată de cu totul alte probleme. Astfel, psihologii trebuie să țină seama de efectul amenințării îndepărtate și de reacțiile lor imediate la aceasta; ambele pot afecta natura intervențiilor terapeutice.

Motivația primară de a-l ajuta pe pacient poate fi influențată într-un mod excesiv de frica terapeuților și de dorința lor de a îndepărta amenințarea cât mai rapid și mai facil cu putință. Ei ar putea supraestima riscul neluării niciunei măsuri imediate, omisiune care, se tem ei, ar putea duce la procese în instanță și poate chiar la pierderea dreptului de practică. În mod ironic (dar predictibil), o asemenea gândire îi poate face pe terapeuți să ia măsuri pripite care pot atrage riscuri chiar mai mari. De

 exemplu, ei ar putea să nu folosească în mod util timpul de lucru cu pacientul pentru a face o evaluare corectă a gradului de pericol. S-ar putea baza pe aspectele cele mai pregnante ale situației — de exemplu, potențialul de violență și urmările acesteia — și să nu analizeze în mod adecvat alte aspecte, precum ambivalența pacientului, evidențiată de faptul că i-a povestit psihologului despre planurile sale.

Dacă psihologii ar gândi cu claritate, ei ar lua în considerare combinarea principiului stării de bine cu cel al dreptății. De exemplu: Acest pacient mă sperie și mă face să mă îngrijorez cu privire la siguranța mea. Dar a cui este problema aceasta? Înseamnă acest lucru că pacientul merită să am mai puțină disponibilitate pentru el decât am pentru ceilalți pacienți ai mei? Mai mult, sub aspectul fidelității, cum pot justifica faptul că îi acord pacientului mai puțină disponibilitate decât i-am promis?

Probleme specifice de pericol la copii și adolescenți

Adolescenții prezintă probleme specifice prin faptul că se pot angaja în comportamente riscante în care poate fi greu de determinat gradul de posibilă vătămare. Să analizăm acest exemplu:

O adolescentă imprudentă

O fată de paisprezece ani a povestit că începuse de curând să aibă contacte sexuale vaginale neprotejate cu prietenul ei. Psihologa considera că relația sexuală neprotejată avea să continue și se întreba dacă era în vreun fel obligată să îi avertizeze pe părinții fetei.

Psihologa a decis să apeleze la consiliere juridică. Mai întâi, ea voia să știe dacă acel comportament sexual nu constituia cumva un abuz asupra unei minore. Al doilea motiv era acela de a afla dacă din punct de vedere legal avea posibilitatea de a-i informa pe părinți. Știa deja că o persoană de paisprezece ani își poate exprima liber consimțământul pentru tratament, dar reglementările privind consimțământul și confidențialitatea le oferă adeseori adolescenților drepturi diferite de cele ale adulților. După câte se pare, în statul ei copiii care au cel puțin paisprezece ani împliniți au aceleași drepturi cu privire la confidențialitate ca și adulții, astfel că psihologa nu ar fi putut pur și simplu să le povestească părinților tot ce îi împărtășea fata în terapie.

Psihologii gestionează în mod diferit problemele legate de confidențialitate. De exemplu, unii psihologi vor insista că adolescenții trebuie să aibă o zonă de intimitate în care totul este confidențial, cu excepția lucrurilor care pun în pericol viața persoanelor sau care reprezintă abuzuri asupra copiilor. Alți psihologi vor fi mai înclinați să implice familiile în tratament și vor primi copilul în terapie doar dacă există un acord cu privire la comunicarea permanentă cu părinții. Adoptarea unei anumite politici cu privire la confidențialitate în cazul lucrului cu familii și copii este o sarcină de aculturație interesantă, întrucât cultura psihologiei lasă la latitudinea practicianului implementarea principiilor etice generale. Adepții unei politici de asigurare a unei zone de intimitate pot argumenta că, în conformitate cu principiul dreptății, adolescenții trebuie să primească același respect ca și adulții. Alții pot susține că tratarea adolescenților ca și cum ar fi adulți înseamnă a trata în mod egal persoane care nu sunt egale, ceea ce reprezintă o încălcare a principiului dreptății.

Alegerea politicilor cu privire la gestionarea cazurilor de copii și adolescenți poate fi influențată de cultura etică de origine a celui care trebuie să decidă. Cei care provin din familii sau alte profesii care valorizează dezvăluirea și deschiderea sau care au atitudini mai protectoare față de copii ar putea opta pentru politici în care părinții sunt mai îndreptățiți la informare cu privire la copiii lor. Cei care provin din familii în care intimitatea este mai pronunțată sau independența copiilor este mai valorizată ar putea opta pentru zona de intimitate.

Pentru a continua cu analiza cazului nostru, psihologa își stabilise o politică ce putea permite o zonă de intimitate pentru adolescentă, dar cu măsura de prevedere de a-i informa pe părinți dacă fata s-ar fi angajat în comportamente care ar fi fost în mod iminent vătămătoare pentru sine însăși sau pentru alții. Acum, psihologa trebuia să decidă unde să traseze limita dincolo de care un comportament devine atât de periculos încât trebuie să îi anunțe pe părinți. Dacă adolescenta ar fi avut o tentativă gravă de suicid, atunci decizia de a-i anunța pe părinți ar fi fost ușor de luat; însă în acest caz ea trebuia să ia o decizie pe baza unei situații cu un grad mult mai mare de ambiguitate. Rae, Sullivan, Peña Razo și Garcia de Alba (2009) au constatat că psihologii școlari prezintă diferențe foarte mari de opinie cu privire la punctul unde să traseze linia dintre păstrarea confidențialității și notificarea, fără consimțământul copilului, a comportamentelor de mare risc. Suspectăm că și alți specialiști prezintă probabil o varietate asemănătoare de păreri în legătură cu asemenea situații.

Deciziile privitoare la periculozitatea în ceea ce-i privește pe adolescenți sunt adeseori deosebit de dificile, din cauză că ele implică folosirea unor scale de evaluare a comportamentelor de

risc. Când anume devine un gest stupid un tipar de comportament atât de periculos încât să justifice avertizarea părinților? Este periculoasă pentru viața persoanelor conducerea unui vehicul când șoferul este sub influența unei doze de marijuana? Într-o situație asemănătoare cu cea din cazul precedent, o fată a povestit că a mers odată cu mașina cu niște băieți care băuseră. De câte ori ar trebui adolescenții să își permită să se urce în mașini conduse de șoferi beți înainte ca aceasta să devină o problemă de o asemenea gravitate încât să trebuiască să fie informați părinții? Este imposibilă evaluarea perfectă a riscului; deciziile cu privire la ceea ce este de făcut și la consecințele ce ar deriva din acțiunea terapeutului depind, într-o anumită măsură, de contextul în care apar comportamentele respective, de natura relației cu pacientul și de judecata clinică a fiecărui psiholog.

Pentru un adult prieten de familie sau rudă, a le spune părinților despre comportamentul de mare risc al adolescentului poate fi o decizie clară. Însă, conform modelului aculturației etice, poate fi important pentru psihologi să realizeze că nu trebuie să desconsidere cu totul sentimentele și justificările etice pe care le-ar avea ca prieteni și ca rude, chiar dacă nu aleg să acționeze pe baza lor. Cu toate că sentimentele și principiile din cultura de origine nu ar trebui să prevaleze asupra principiilor culturii profesionale, ele nu sunt irelevante și nu trebuie să fie ignorate. Desconsiderarea sau devalorizarea lor poate conduce la strategii de asimilare, care pot aborda situația în mod adecvat, dar îi pot lăsa psihologului sentimentul de înstrăinare și, poate, de a nu fi fost empatic sau grijuliu cu copilul.

Noi susținem că sentimentele și valorile sunt o parte importantă a unei alegeri de natură etică, căci ele îi vor ajuta pe psihologi să se îndrepte către strategiile de integrare. Totuși,

 evaluarea corespunzătoare a sentimentelor le impune psihologilor să ia în calcul argumentele etice (sau lipsa argumentelor etice) pe lângă ce au simțit și gândit până atunci. Cum pot implementa psihologii conceptul de implicare în terapie a pacientului și în același timp să își manifeste compasiunea doar în limitele rolurilor lor profesionale? Ce obligații le survin odată cu asumarea rolului terapeutic? Ce tehnici pot (trebuie) să folosească terapeuții la care prietenii sau familia unui pacient nu au acces? Ce le spun studiile de cercetare (pe lângă experiența lor profesională) psihologilor despre rezultatele probabile și metodele terapeutice care îi vor ajuta să cântărească alternativele?

Parte din procesul decizional implică și luarea în calcul a posibilității ca uneori dezvăluirea către părinți a unor informații să nu aibă ca rezultat îndepărtarea pericolului — ci doar să înrăutățească lucrurile. De exemplu, părinții ar putea reacționa exagerat, ar putea să aplice pedepse inutile sau restricții contraproductive fetei, ar putea încerca să o facă de rușine sau, în circumstanțe extreme, chiar să o maltrateze. Dacă lucrurile ar sta așa, relația profesională cu fata ar fi compromisă, iar situația ei ar putea să nu prezinte un grad mai mare de siguranță decât înainte; deci, dezvăluirea ar putea să nu fie în cel mai bun interes al fetei. La cealaltă extremă, părinții ar putea să știe deja despre comportamentul ei; rezultatul net al dezvăluirii ar fi în acest caz doar slăbirea încrederii în relația dintre terapeut și pacient.

Întrebările cu privire la influența terapiei asupra reducerii comportamentelor problematice ale pacienților adolescenți ridică unele probleme. De exemplu, propria motivație a psihologului de a-i ajuta pe alții îi poate influența judecata într-un mod care să nu fie justificat de datele concrete ale realității. În consultațiile cu psihologi aflați în asemenea situații, le cerem participanților

să reflecteze la motivațiile acțiunilor lor, la valorile și temerile lor de a nu fi poate dați în judecată, de a eșua, de a se face de râs din cauză că s-au implicat prea mult și așa mai departe (Gottlieb, Handelsman și Knapp, 2013).

Dacă terapeuta din cazul nostru ar decide să le spună părinților împotriva voinței adolescentei (considerând că starea de bine sau binele general trebuie să prevaleze asupra respectului față de autonomia pacientei), ea ar putea reduce daunele produse prin încălcarea principiului moral al respectului față de autonomia pacientului, de exemplu cerându-i pacientei câteva idei despre cum ar fi mai bine să le spună părinților. O poate întreba pe pacientă dacă ar vrea ca părinții ei să vină la cabinet sau mai bine să le telefoneze ca să le transmită mesajul? Dacă părinții vin la cabinet, ar vrea și adolescenta să fie prezentă la discuție? Ar vrea poate adolescenta să le spună chiar ea însăși părinților ei sau ar prefera să le spună psihologa? Terapeuta o mai poate întreba pe pacientă cum ar vrea ea să fie formulate informațiile când le sunt prezentate părinților. Aceste bune practici clinice sunt excelente și din punct de vedere etic, pentru că iau în considerare și pun în balanță principiile etice aplicabile.

Asemenea situații întăresc importanța unei alte strategii de integrare: adoptarea unei atitudini de compasiune în procedurile de implementare a obligațiilor legale. Ajută, de asemenea, la realizarea unui proces riguros de obținere a consimțământului informat care, din perspectiva relației profesionale, include și discutarea aspectelor legate de confidențialitate, cu toate părțile implicate. Deși psihologilor le este imposibil să prezică natura exactă a comportamentelor de mare risc ce pot apărea, de obicei ei se pot raporta la principiile subliniate în întâlnirile inițiale cu

 pacienții pentru a decide cu privire la modalitatea de gestionare a informațiilor nou apărute.

Raționamentele trebuie să fie realizate în contextul considerării influenței factorilor nonraționali. Ce va simți terapeuta față de comportamentul adolesentei? Se va supraidentifica ea cu fata, din cauza propriei sale istorii de rebeliune, și îi va minimaliza importanța? Sau va deveni excesiv de anxioasă cu privire la eventualitatea că dacă nu le va spune părinților despre comportamentul fetei, iar aceștia ar afla din altă parte, ei s-ar putea înfuria atât de tare încât ar retrage imediat fata din terapie și ar răspândi comentarii denigratoare despre ea în comunitate? Psihologa are însă înțelepciunea de a-și acorda timpul necesar pentru a-și examina gândurile și sentimentele.

Să considerăm situația în care o adolescentă nu prezintă un pericol iminent de vătămare pentru ea sau pentru alții ci, mai degrabă, un pericol de a provoca suferință substanțială și tulburare emoțională altora:

O adolescentă face uz de fals

O fată de șaisprezece ani și-a propus să meargă într-o excursie cu școala în Europa fără să le spună părinților ei. Ea a falsificat semnăturile părinților în așa fel încât școala nu a avut cunoștință de stratagema ei. Psihologa care o trata pe fată și-a pus întrebarea dacă acest comportament nu ar fi suficient pentru a fi obligată să le spună părinților.

Nu se poate spune că adolescenta s-ar afla într-un pericol iminent dacă ar merge într-o excursie supravegheată cu școala în Europa, dar situația ridică, în schimb, probleme de aculturație profesională. Primul gând al psihologei a fost acela de a

anunța școala, pentru că fata încălcase grav politica școlii. Și mai important chiar, psihologa punea mare valoare pe educație, onestitate și integritate și a considerat comportamentul pacientei sale ca pe un afront personal. Ea și-a dat seama și de cât de sensibilă era la această problemă, din cauză că propria sa fiică era adolescentă.

Ea a reușit să-și integreze aceste sentimente cu respectarea principiului stării de bine și al respectului față de pacientă, și a lucrat cu eleva respectivă pentru a o convinge să își informeze părinții, fără a face apel la metoda mai abruptă a apelării școlii sau a părinților direct de către ea însăși. Totuși, ea a luat în considerare și posibilitatea de a le spune chiar ea părinților dacă pacienta nu ar fi făcut acest lucru. Cultura sa morală de origine o îndemna să raporteze fapta tinerei și ca parte a unei strategii de modelare a integrității personale și de protejare a fetei. Cultura sa profesională îi cerea însă să nu încalce regula confidențialității câtă vreme nu există o amenințare imediată la adresa pacientei sale. Încercările ei de a găsi integrarea perfectă au fost însă fără succes. Ea nu putea justifica o asemenea excepție de la regula confidențialității pe baza pericolului pe care pacienta îl prezenta față de ea însăși și, cu toate că dezvăluirea ar fi putut fi ilegală (cel puțin într-un stat în care adolescenții pot consimți ei înșiși la tratament și pot controla dezvăluirile de informații), ea considera că vătămarea emoțională a fetei și a părinților acesteia ar fi putut fi atât de puternică încât nu putea, în mod conștient, să păstreze secretă această informație. Trebuia să înfrunte consecințele legale ale avertizării celor înșelați și dezgustul pe care îl simțea pe moment față de constrângerile pe care i le impunea rolul terapeutic. Uneori a face ceea ce trebuie nu îi ajută pe oameni să doarmă mai liniștiți noaptea.

După ce s-a luptat cu această problemă, ea a abordat-o pe pacientă, care, cum era de așteptat, s-a înfuriat pe ea pentru că voia „să o toarne". Psihologa și-a apărat punctul de vedere, i-a explicat argumentele pe care își baza decizia, i-a explicat importanța aspectelor morale privitoare la integritatea personală și a discutat cu fata despre modalitatea optimă în care să îi informeze pe părinți. În prezența psihologei, fata le-a telefonat părinților și le-a povestit ce făcuse. Părinții nu știuseră nimic până atunci și au fost extrem de recunoscători pentru că le-a fost dezvăluită fapta fetei; ei i-au cerut terapeutei să continue să o trateze pe fiica lor. Cu toate că fata a fost furioasă și nefericită câteva săptămâni, acest episod a devenit mai târziu un aspect al terapiei care s-a dovedit extrem de benefic pentru ea.

În acest caz, psihologa a făcut ceea ce trebuia să facă, chiar dacă nu s-a simțit confortabil. Au fost necesare câteva săptămâni până când să realizeze, în sfârșit, că decizia ei avusese un rezultat bun. Totuși, acest lucru nu înseamnă că nu avusese îndoieli și că nu pierduse multe nopți între timp.

Amenințări la adresa psihologilor

Psihologii și alți specialiști în sănătatea mentală sunt uneori ținte ale amenințărilor. DeMayo (2000) a constatat că mulți psihologi începători sunt hărțuiți de pacienți care fac observații de natură sexuală, le cer să iasă împreună, să întrețină relații sexuale ori se freacă de ei, îi ating, îi apucă, sau li se expun stagiarilor fără consimțământul acestora. În mod tipic, făptașul este un pacient bărbat, iar victima este o psihologă sau o stagiară femeie. În plus, Gentile, Asamen, Harmell și Weathers (2002) au raportat că 10% din psihologi sunt hărțuiți de pacienți. Spre

deosebire de populația generală, în care majoritatea victimelor hărțuitorilor sunt femei, jumătate din psihologii victime ale hărțuitorilor sunt bărbați.

Cunoaștem situații în care pacienții au proferat amenințări mai mult sau mai puțin voalate sau chiar directe la adresa psihologilor, iar psihologii, în mod adecvat, au pus capăt tratamentului. De exemplu, într-un caz, un pacient a telefonat la un cabinet de terapie de grup promițând că „vă fac viața un iad, chiar dacă trebuie să o fac cu mâna mea", dacă anumite lucruri cerute de el nu aveau să fie realizate. Conform Articolului 10.10b al APA, „psihologii pot înceta o terapie atunci când sunt amenințați sau în orice alt mod puși în pericol de către client/pacient sau o altă persoană cu care clientul/pacientul are o relație". Date fiind comportamentul și lipsa de capacitate de înțelegere a pacientului, psihologul care deținea cabinetul respectiv a luat amenințarea în serios. I-a cerut avocatului său să îi trimită pacientului o scrisoare de informare cu privire la faptul că tratamentul său încetase și că dacă mai venea la cabinet, vizita lui ar fi fost considerată intrare prin efracție pe o proprietate privată și ar fi chemat poliția. Desigur, cunoaștem și alte situații în care amenințări asemănătoare erau manifestări clare ale unor boli mentale grave și care au fost gestionate clinic fără implicații juridice.

Cunoaștem, de asemenea, și situații în care psihologii i-au dat în judecată pe pacienți pentru anumite fapte precum furtul de obiecte. Un pacient a furat poșeta unei psihologe și a fost prins folosindu-i cardul de credit. Un alt pacient a vandalizat mașina psihologului aflată în parcare (incidentul a fost înregistrat de o cameră de supraveghere). Legalitatea unor asemenea acțiuni poate depinde de legislația statului în care au loc. În statele în

 care secretul profesional psiholog–pacient este similar secretului avocat–client, psihologilor le este permis să facă excepții în anumite limite de la regula confidențialității atunci când apare o dispută legală cu un pacient.

În unele circumstanțe, încetarea terapiei sau trimiterea în judecată a pacienților este o opțiune, dar aceste situații sunt complexe. Când psihologii sunt confruntați cu atacuri, amenințări, hărțuieli, furturi și alte comportamente asemănătoare, ei trebuie nu doar să caute sprijin legal, ci și să fie atenți și să aibă grijă de ei înșiși apelând la consiliere psihologică sau psihoterapie. Să considerăm următoarea situație:

O amenințare serioasă

O tânără psihologă care lucra singură în cabinetul său individual trata o femeie victimă a violenței domestice care se gândea să-și părăsească soțul. Într-o zi, psihologa a găsit un mesaj pe robotul telefonic conținând o amenințare mai mult sau mai puțin voalată din partea soțului pacientei, care o atenționa că avea să pățească ceva grav dacă soția lui l-ar fi părăsit. El repeta rar și cu subînțeles adresa de acasă a psihologei, în timp ce spunea că speră ca ei să nu i se întâmple vreo nenorocire.

Articolul 10.10 al APA permite psihologului aflat într-o asemenea situație să înceteze tratamentul cu pacientul în cauză. Totuși, decizia de a înceta terapia poate produce vătămare morală sau sentimente de vinovăție. Spiritul ei de corectitudine și justiție, îmbinat cu principiile primatului stării de bine și al fidelității față de pacient, o puteau obliga să continue să își trateze pacienta, chiar dacă, făcând acest lucru, ar fi atras riscuri

asupra sa însăși. Totuși, trebuia să ia în considerare posibilitatea că acel apel telefonic putea reprezenta un risc real de pericol. Chiar dacă psihologa simțea că ar fi trebuit să continue tratamentul, totuși, rămânea întrebarea: Putea fi ea eficientă lucrând cu acea amenințare atârnată deasupra capului? S-a gândit să îi recomande pacientei să se interneze într-o clinică unde erau paznici, avocați și alte resurse instituționale care le puteau oferi protecție terapeuților.

Psihologa poate justifica o decizie de încetare a terapiei prin faptul că protecția siguranței prevalează asupra altor interese, precum respectarea autonomiei pacienților. Însă, psihologa ar putea simți că încetând în acest mod terapia și recomandând pacientei alți colegi, ar fi un gest egoist și că nu s-ar ridica la înălțimea datoriei ei de fidelitate față de pacientă. A înțeles, însă, că, dacă ar fi continuat să o primească pe femeie, anxietatea sa proprie ar fi devenit un impediment serios în procesul terapeutic.

Justiția socială

O provocare majoră cu care se confruntă psihologii specialişti este asigurarea unui tratament corect față de grupurile care în mod tradițional sunt marginalizate la nivelul societății sau care sunt, în general, vulnerabile la discriminare, cum sunt persoanele aparținând minorităților rasiale, religioase sau sexuale. Articolul 3.01 al Codului Etic al Asociației Psihologice Americane (APA, 2010) le interzice psihologilor actele de discriminare injustă pe criterii de „vârstă, gen, identitate de gen, rasă, etnie, cultură, origine națională, religie, orientare sexuală, dizabilități, statut socioeconomic sau orice alte criterii interzise de lege". În plus, Articolul 3.03 le interzice psihologilor să se angajeze în cunoştință de cauză „în comportamente hărțuitoare sau umilitoare" față de asemenea grupuri. Totuși, dintr-o perspectivă constructivă, psihologii vor să contribuie la bunăstarea socială mai mult decât doar prin evitarea vătămării anumitor categorii de persoane; ei doresc să contribuie la crearea unei societăți în care injustiția şi intoleranța să fie cât mai reduse cu putință. Așa cum se menționează în Principiul General E din Codul Etic al APA, psihologii trebuie să se străduiască să identifice efectele vârstei, genului, identității de gen, rasei, etniei, culturii şi statutului economic asupra pacienților lor și „să încerce să elimine efectele

lucrând asupra distorsiunilor care au la bază asemenea factori".
Recomandările cu privire la educația multiculturală, formarea, cercetarea, practica și schimbările organizaționale pentru psihologi ale APA (2003) dau exemple concrete despre cum pot fi atinse aceste obiective de către psihologi.

Ostilitatea verbală[23]

Capitolul 2 menționează pe scurt discursul plin de ură ca exemplu de situație în care Codul Etic al APA nu le oferă psihologilor directive clare cu privire la modul în care ar trebui să procedeze. Să analizăm acest scenariu din viața reală, bazat pe una dintre propriile noastre experiențe:

Limbaj denigrator

Un psihoterapeut american de origine europeană avea un pacient care a folosit în mod repetat cuvântul care începe cu *n*[24] în timpul unei ședințe de psihoterapie. Pacientul era un caucazian îmbrăcat modest, semianalfabet, de vârstă medie, dintr-o zonă rurală, căruia alții i se adresaseră toată viața lui cu apelativul „gunoi alb". Sub mai toate aspectele, era o persoană admirabilă care făcea tot ce putea mai bine pentru a oferi sprijin financiar și emoțional soției și copiilor săi. Psihologul îl plăcea la modul cel mai autentic pe pacient și era preocupat de sentimentele și de starea de bine ale acestuia. Cu toate acestea, psihologul a avut o reacție profundă, imediată și neplăcut viscerală

[23] Părți din această secțiune sunt adaptate după „How Should Psychologists Respond to Hate-Filled Comments?" (*Cum ar trebui să răspundă psihologii la comentariile pline de ură?*) de S. Knapp, 2011, *Pennsylvania Psychologist*, octombrie 2011, p. 7. Copyright 2011, Pennsylvania Psychological. Adaptare cu permisiune..

[24] Este vorba despre cuvântul depreciativ în limba engleză *negro* (engl.) — *negrotei* (rom.). (*N. t.*)

la auzul cuvântului folosit în discursul său de către pacient, și probabil că a lăsat să se vadă această senzație și pe chipul său. Credea totuși cu onestitate, că pacientul regreta comentariul pe care îl făcuse.

Ce ar fi de făcut într-o asemenea situație? Nimic din Codul Etic al APA nu abordează acest tip de întâmplări. Nu există niciun drept legal al psihologului de a interveni în vreun fel în sensul reacției sale de dezgust, dar nici nu ar fi putut avea vreun necaz din partea vreunei comisii de autorizare a dreptului său de practică dacă nu ar fi intervenit în niciun fel, pentru că nu încălca niciunul dintre articolele 3.01 sau 3.03. Pe de o parte, respectul față de autonomia pacientului i-ar putea impune psihologului să lucreze asupra problematicii prezentate de către pacient și să nu devieze conversația către problema psihologului legată de respectul și protecția față de grupurile marginalizate în mod tradițional. Pe de altă parte, psihologul simțea că imperativul binelui general putea fi în acest caz atât de puternic, încât avea obligația de a aborda acele aspecte. Și-a pus întrebarea dacă avea suficiente motive care să justifice o intervenție a sa în numele vreunui principiu etic general, dacă o asemenea intervenție ar fi avut vreo șansă reală de succes, dacă avea la dispoziție alternative preferabile din punct de vedere moral și dacă avea posibilități de reducere a efectelor sau dacă existau posibile efecte negative ca urmare a încălcării principiului etic.

Psihologul a abordat problema într-un mod care să minimizeze efectele încălcării principiului stării de bine a pacientului. I-a cerut pur și simplu acestuia să nu mai folosească acel cuvânt pentru că el personal îl consideră jignitor. Pacientul i-a explicat atunci că el crede că există printre afro-americani oameni de

caracter și oameni fără caracter și că el nu folosea acel cuvânt decât atunci când se referea la cei din urmă. „În regulă", a zis psihologul, „dar poți fi luat drept rasist atunci când îl folosești." Pacientul a răspuns că înțelege ce-i spune psihologul, iar conversația a deviat către alte probleme.

Psihologul a reacționat repede la situație și nu a avut timp să facă o analiză etică amănunțită. Nu s-a gândit dinainte cum ar putea răspunde la o asemenea situație. Așa cum sugera Haidt (2001), el nu a identificat în mod conștient principiile morale aplicabile, nu a analizat alternativele, nici nu s-a gândit să păstreze echilibrul între principiile morale și așa mai departe. Până la urmă, el a considerat că principiul binelui general prevalează asupra stării de bine a pacientului, probabil alegând o strategie undeva între separare și integrare, cu toate că a încercat să minimizeze daunele produse prin încălcarea principiului stării de bine.

Aceasta poate fi o variantă a temei conflictului interior de interese (Stark, 2005). Nu exista niciun conflict evident extern de interese; psihologul și pacientul nu aveau relații de afaceri sau sociale anterioare, curente sau viitoare care ar fi putut compromite obiectivitatea psihologului. Cu toate acestea, putea exista un conflict intern de interese: în virtutea rolului său, psihologul îl putea influența pe pacient să adopte unele valori ale sale cu privire la justiția și corectitudinea socială.

În această situație, psihologul ar fi putut merge mai departe către o strategie de separare și ar fi putut acționa mai mult din perspectiva ofensei sale morale, fiind chiar mai sever cu pacientul — continuând, de exemplu, discuția cu privire la motivele pentru care acel termen nu este niciodată adecvat. Terapeutul a ales să nu abordeze sistemul de credințe subiacent al pacientului.

El a fost preocupat de faptul că oprindu-se mai mult asupra acelui comentariu l-ar fi stânjenit pe pacient, l-ar fi putut distrage de la problemele cu care se confrunta și ar fi fost un exemplu de susținere intruzivă — prevalența nevoilor proprii față de cele ale pacientului. Procedând așa, ar fi fost inadecvat și ar fi riscat să pună în pericol cursul terapiei.

Am întâlnit și alți psihologi care au reuștit în mod asemănător să abordeze comentariile denigratoare ale pacienților fără a afecta starea de bine a pacientului sau relația profesională. Într-o altă situație, un psiholog trata o femeie de vârstă înaintată care se referea la alte grupuri etnice în termeni denigratori. Psihologul a reușit să o întrerupă, să îi corecteze limbajul și să stabilească limitele terapiei cu privire la acest aspect fără a dăuna relației terapeutice. El și-a construit intervenția ca pe un proces de stabilire a granițelor terapeutice. Ulterior, de-a lungul terapiei, pacienta se oprea și folosea o terminologie mai politicoasă când se referea la acele grupuri etnice, cu toate că adeseori zâmbea și spunea, într-o manieră tachinatoare: „Vedeți, folosesc cuvintele corecte!" Faptul că noul comportament al pacientei reprezenta o schimbare autentică sau doar una de complezență nu a afectat continuarea fără alte impedimente a terapiei.

Un alt psiholog trata un adolescent skinhead cu o educație precară și cu tatuaje naziste pe brațe. Psihologul l-a întrebat ce e cu tatuajele și a fost surprins să constate cât de ignorant era pacientul său cu privire la naziști și la istoria lor. Pacientul credea că era pur și simplu o modalitate de exprimare a mândriei de a fi un alb și era complet inconștient de semnificația lor rasistă, antisemită și antiamericană. Pacientul a început să vină la ședințele următoare purtând cămăși cu mâneci lungi care îi acopereau tatuajele, fie din respect față de sentimentele psihologului,

fie pentru că devenise conştient de faptul că tatuajele sale nu reprezentau ceea ce crezuse el inițial. Acest tip de abordare educațională poate fi folosit cu copiii, care se poate să nu fi avut de unde să învețe care cuvinte sunt ofensatoare și care nu. În asemenea situații, psihologii acționează în sensul implementării atât a primatului stării de bine a pacientului, cât și a binelui public general, cel puțin în măsura în care își protejează pacienții de potențialele greșeli sociale care le-ar putea crea dificultăți. În cazul menționat, intervenția nu a generat un conflict între principiile etice generale.

Experiențele cu pacienții rasiști pot, însă, să nu se termine întotdeauna cu bine. Uneori, pacienții pot manifesta un rasism asumat şi pot să demonstreze că nu au nicio remușcare atunci când în terapie este abordată această problemă. În asemenea situații, psihologii trebuie să pună în balanță binele public cu binele pacientului sau cu obligația pe care o au de a promova starea de bine a pacienților lor. Este posibilă și construirea unor scenarii în care psihologii ar putea să nu găsească alternative la prevalența stării de bine a pacientului față de binele public, sau a beneficiilor terapiei pentru pacient față de binele general și, drept urmare, să lase neabordate comentariile rasiste sau antisemite. Beneficiile terapiei pentru pacient sau pentru membrii familiei pacientului pot fi mai importante decât vătămarea cauzată de orice comentariu discriminatoriu.

Desigur, experiențele personale, sentimentele și identitatea rasială sau culturală pot influența răspunsurile psihologului la asemenea situații. O psihologă lucra cu un cuplu de părinți care descriau cu multe detalii dezgustul și extrema lor dezaprobare față de bărbatul pe care îl iubea fiica lor, din cauza originii hispanice a acestuia. Psihologa era ea însăși de origine

latino-americană, cu toate că avea un prenume purtat în mod obișnuit de anglo-americani. A abordat problemele pacienților în terapie, dar și-a pus întrebarea dacă nu ar fi trebuit să le dezvăluie acestora identitatea sa etnică. O parte a profesiei de psiholog constă în anticiparea propriilor răspunsuri la anumite tipuri de comentarii.

Psihologii înșiși pot fi ținta unor prejudecăți rasiale sau etnice, sau chiar a urii pacienților lor. Uneori pacienții pot face unele comentarii fără să-și dea seama că astfel îl ofensează pe terapeut. Alteori, comentariile pot fi adresate direct psihologului. Din cauză că asemenea situații variază, răspunsul optim depinde de circumstanțe. Într-un caz, un pacient s-a supărat pe psihologul său, a scos cecul pentru ședința respectivă, l-a mototolit ghemotoc în pumn, l-a aruncat de podea zicând: „I-ați banii tăi de jidan" și a ieșit. Câteva luni mai târziu, pacientul l-a sunat pe psiholog, și-a cerut scuze și terapia a fost reluată. Decizia psihologului de a-l reprimi pe pacient a depins de mulți factori, inclusiv de înțelegerea dinamicii pacientului și de credința psihologului că pacientul se simțea cu adevărat rușinat de comportamentul său. Psihologul a considerat că putea promova starea de bine a pacientului continuând terapia și că pacientul avea să se conformeze standardelor de conduită adecvată pe viitor. Totuși, ne putem imagina alte circumstanțe în care prejudecățile pacienților, caracterul ofensator al comportamentului lor sau incapacitatea percepută a pacientului de a se schimba pot duce la încetarea terapiei.

Se pune întrebarea dacă este lipsită de etică încetarea tratamentului doar din pricină că psihologii consideră ofensatoare credințele pacientului. Deși este lipsit de etică și ilegal să discriminăm, este totuși dreptul psihologilor de a refuza să trateze

sau de a înceta să mai trateze pe oricine atunci când consideră că nu îi pot fi de ajutor persoanei în cauză. Asemenea situații apar adeseori atunci când psihologii nu au abilitățile specifice necesare cazului și este necesară o recomandare către un alt specialist. Dar sentimentele personale pot reprezenta şi ele o astfel de nevoie. În exemplul anterior, psihologul evreu putea considera că pacientul regretă în mod autentic comportamentul său, dar analiza situației nu se reduce doar la acest aspect. Pasul următor ar impune ca psihologul să își ia temperatura emoțională (sau să-și monitorizeze reacțiile emoționale; Gino, 2013) pentru a stabili dacă sentimentele sale nu ar putea reprezenta un impediment pentru tratament, indiferent cât de mult ar regreta pacientul.

Când valorile culturale se află în conflict

Uneori pot apărea conflicte între valorile culturale. Să considerăm acest exemplu:

> **Solidaritatea cu cei ca mine**
> O femeie de origine afro-americană lucra de mulți ani ca psihoterapeut la un centru comunitar. Acolo, ea își vedea rolul ca pe unul de dezvoltare a conexiunii cu pacienții săi și de a-i ajuta „în orice fel pot". Ea o ajutase astfel pe una dintre paciente să se mute într-un apartament nou. Cu o alta lua cu regularitate prânzul, fără a avea vreo justificare clinică pentru a proceda așa, și dezvolta relații mai mult sociale decât profesionale cu o parte din pacienți. Toți pacienții cu care avea asemenea relații cu roluri multiple erau afro-americani și se justifica susținând că ea simțea că avea o obligație de a le acorda asistență suplimentară acestora din „solidaritate cu cei

ca mine". „Desigur", a zis ea, „n-aș încălca niciodată limitele cu un pacient care are tulburări grave de personalitate". Și aducea argumente cu citate din literatura de specialitate (de pildă, Lazarus, 1994) în susținerea poziției sale.

Recent, psihologa și-a luat doctoratul în psihologie și a contactat un psiholog mai în vârstă, american de origine europeană, pentru a-i fi supervizor. Ei au discutat cu sinceritate despre filosofia ei terapeutică, inclusiv despre flexibilitatea limitelor pe care o practica ea. Psihologul american de origine europeană era împăcat cu metoda ei, dar a fost de acord să se întâlnească cu ea din nou pentru a discuta posibilitatea începerii supervizării. Potențialul supervizor considera că viitoarea sa supervizată era motivată, talentată și inteligentă, dar dorea să aibă timp să se gândească la modul în care să reacționeze față de poziția ei privitoare la limitele terapiei.

Codul Etic al APA (2010) nu interzice relațiile cu roluri multiple, cu excepția cazurilor în care acestea pot fi „evaluate în mod rezonabil ca având potețialul de a cauza dezechilibre sau de a risca exploatarea sau vătămarea" (Articolul 3.05a). Există o anumită flexibilitate a limitelor, iar psihologii mai scrupuloși ar putea să nu fie de acord asupra modalităților de implementare a acestui articol. De exemplu, psihologii pot face autodezvăluiri dacă informațiile pe care le transmit se concentrează pe nevoile pacienților, pot face sau primi cadouri cu valoare nominală sau pot lua parte la evenimente speciale din viața pacienților (de pildă, nunți, înmormântări) în circumstanțe mai puțin obișnuite. Și factorii culturali pot avea relevanță: în unele grupuri culturale poate exista o flexibilitate mai mare în politica privitoare la cadouri sau la atingerea pacienților. În ciuda acestor tipuri diferite

de gesturi permise, unii ar putea merge chiar mai departe, după exemplul lui Arnold Lazarus, și ar putea chiar accepta să joace tenis cu pacienții lor sau i-ar putea invita să rămână peste noapte acasă la ei.

În cazul supervizorului de mai sus, politica sa standard era evitarea transgresării limitelor, cu excepția circumstanțelor excepționale și doar dacă nevoile pacienților o impuneau. Poziția sa reprezenta o strategie de integrare după care el își ghida judecata profesională. Totuși, aceeași poziție poate reprezenta o strategie de asimilare pentru psihologa care solicitase supervizare, a cărei cultură de origine (inclusiv contextul familial, de prietenie, cultural, religios și profesional anterior) era diferită. Poziția standard a acestei psihologe era aceea de a se angaja în transgresări de limite, dar a le evita în circumstanțe excepționale, în funcție de nevoile și caracteristicile pacienților.

Reflectând și consultându-se și cu alți colegi, supervizorul a putut face diferența între zona sa de îngrijorare și modelul aculturației etice și modelul deciziilor bazate pe principii. El a ajuns astfel la concluzia că ambele părți pot avea nevoie să își aprofundeze procesul de aculturație. Potențialul supervizor dorea să fie mai sensibil la contextul cultural al psihologei pe care urma să o supervizeze, dar era, de asemenea, îngrijorat de faptul că ea era puțin prea nepăsătoare cu privire la încălcarea limitelor. Cu toate că psihologa descrisese situații în care, spunea ea, pacienții aveau beneficii nete de pe urma acestor transgresări de limite, potențialul ei supervizor dorea să analizeze împreună cu ea dacă toate acele încălcări ale limitelor erau cu adevărat necesare pentru terapiile respective și dacă ele nu riscau cumva să dăuneze eficacității relațiilor terapeutice.

Din punctul de vedere al modelului de luare a deciziilor etice, atunci când sunt explorate comportamente care reprezintă transgresări de limite (și chiar posibile încălcări grosolane ale acestora), aplicarea principiilor etice generale ridică o serie de întrebări importante:

- Primatul stării de bine: Îi ajută aceste transgresări de limite pe pacienți?
- Evitarea daunelor: Le dăunează aceste transgresări de limite pacienților?
- Principiile primatului stării de bine și evitării daunelor față de psihologa supervizată: Cum ar putea fi explorate aceste aspecte astfel încât analiza să faciliteze dezvoltarea profesională a psihologei aflate în supervizare?
- Respectul față de psihologa aflată în supervizare: Cum poate evalua supervizorul influențele culturale și profesionale asupra judecății și comportamentului terapeutei supervizate?
- Dreptatea: Sunt tratați pacienții în mod egal sau inegal, conform dimensiunilor inechității relevante din punct de vedere etic? Prin punerea în act a „solidarității cu cei ca mine", ar putea transgresările de cadru ale psihologei să fie în mod disproporționat dăunătoare pentru afro-americani? Cu toate că psihologa supervizată consideră că flexibilitatea limitelor este benefică, ar putea ea să îi trateze preferențial pe afro-americani în comparație cu pacienții care nu sunt afro-americani?
- Binele general: Cum ar putea aceste comportamente și raționamente să afecteze și alți pacienți ai centrului unde lucrează psihologa supervizată? I-ar putea determina pe

alți pacienți să fie mai hotărâți să încalce și ei limitele cadrului? Este expus centrul medical, prin aceste comportamente ale psihologei, la riscul apariției unor situații care să îi atragă răspunderea legală? Ar putea fi mai greu pentru psihologa supervizată și pentru alți terapeuți să respecte limitele față de alți pacienți dacă aceștia ar ajunge să aibă cunoștință de faptul că ea este neobișnuit de flexibilă față de alți pacienți, dar nu cu ei? Binele general este principiul din care izvorăște și întrebarea dacă această persoană are abilitățile și gândirea necesare pentru a fi psiholog cu drept de practică.

Rolul de supervizor implică multiple obligații de promovare a stării de bine a celui supervizat și a dezvoltării sale profesionale, de protejare a stării de bine a pacienților celui supervizat, obligația primordială a supervizorului fiind aceea de a proteja pacienții și viitorii pacienți ai psihologilor pe care îi supervizează, chiar dacă acest lucru înseamnă să facă evaluări care pot duce la eșecul celui supervizat în obținerea dreptului de liberă practică.

Pregătindu-se pentru întâlnirea care urma, potențialul supervizor a înțeles că trebuia să fie deschis la posibilitatea că i-ar putea lipsi unele cunoștințe importante despre cultura afro-americană. În același timp, el a considerat că un tratament adecvat pentru pacienți impunea păstrarea unor limite mai stricte ale cadrului psihoterapeutic. Cu toate acestea, potențialul supervizor a considerat că dezvoltase o structură de lucru prin care să analizeze limitele cadrului de lucru al psihologei pe care ar fi putut-o primi în supervizare.

Această dilemă a apărut în situația în care psihologa care a solicitat supervizarea și-a exprimat activ punctul de vedere.

 Probleme pot apărea și atunci când psihologii aflați sub supervizare nu-și exprimă îngrijorările în fața supervizorilor lor. Să luăm în considerare următorul exemplu:

Un conflict cultural între supervizor și psihologul supervizat

În prima zi de stagiu, o psihologă americană de origine europeană le-a recomandat psihologilor pe care îi superviza să îi adreseze întrebări și chiar să o contrazică pe parcursul supervizării. O psihologă japonezo-americană s-a simțit ofensată de acest îndemn din cauză că, în conformitate cu tradițiile culturale și normele sociale cu care ea era obișnuită, ar fi fost un comportament inadecvat din partea sa să pună la îndoială spusele unui superior. Simțea o mare anxietate neștiind cum să-și exprime opiniile față de supervizoarea sa într-o manieră directă.

Putem considera că supervizoarea încerca să îi încurajeze pe psihologii pe care îi superviza să gândească pe cont propriu și să-și dezvolte o gândire mai critică. Dar pentru această psihoterapeută în formare, încurajarea supervizoarei părea să aibă efectul opus. Supervizata s-a trezit confruntându-se cu o dilemă serioasă. Cultura sa de origine nu îi permitea să pună la îndoială în mod deschis opiniile unei persoane cu autoritate, și în mod normal nici nu i-ar fi trecut prin minte vreodată să facă un asemenea lucru; dar supervizoarea sa prezentase exprimarea în mod deschis a părerilor contradictorii ca pe o obligație ce ținea de îndeplinirea rolului profesional de psiholog. Pentru psihologa practicantă părea că exprimarea deschisă a dezacordurilor față de supervizor era acum prezentată mai degrabă ca o normă profesională dezirabilă, cu toate că nu îi fusese niciodată reprezentată așa până atunci, pe parcursul formării sale profesionale.

Stagiara a cerut o consultație cu un psiholog specialist, un american de origine japoneză care era familiarizat cu cultura ei de origine. El i-a sugerat să ceară cuvântul pentru câteva minute în supervizarea de grup pentru a explica valorile culturale japoneze. În acea scurtă prezentare, psihologa stagiară a descris câteva aspecte ale culturii japoneze care le puteau fi de ajutor celorlalți membri ai grupului pentru a înțelege dificultățile pe care le întâmpina ea, inclusiv accentul pus pe ierarhie și modalitățile adecvate prin care supervizații se puteau adresa supervizorilor. Deși nu s-a simțit confortabil să vorbească direct supervizoarei despre disconfortul său, ea a putut să-și comunice preocupările indirect prin această scurtă prezentare educațională. Supervizoarea a înțeles și i-a mulțumit pentru prezentare, atât public în cadrul întâlnirii de grup, cât și în particular în prima lor ședință de supervizare individuală. Din fericire, rolurile profesionale ale supervizorilor și supervizaților sunt suficient de flexibile astfel încât să poată pune în acord stiluri de relaționare diferite din punct de vedere cultural.

Supervizoarea se confrunta cu o sarcină de aculturație privind comportamentul său ca formator. Obiectivul său primordial consta în a-i face pe psihologii supervizați să gândească critic și independent. Cererea de a o contrazice era doar o simplă cale de a-i ajuta pe cei aflați în supervizare să atingă acest obiectiv. Când supervizoarea și-a schimbat modul de gândire, ea a înțeles repede că putea folosi și alte mijloace, cum ar fi întrebările socratice, pentru a o ajuta pe studenta sa nipono-americană să-și dezvolte și să utilizeze aceste abilități de gândire critică.

Cele două exemple precedente prezintă situații de diversitate culturală a unor psihologi aflați în supervizare; următoarele două vor prezenta situații potențate de diferențele culturale sau

de valori ale pacienților. Psihologii pot întâlni pacienți care nu sunt occidentali și care manifestă credințe ce par să încalce standardele moralității occidentale. De exemplu, unii pacienți pot avea standarde privitoare la creșterea copiilor care par dure și inacceptabile pentru culturile occidentale. Pot avea intenția de a se angaja în căsătorii poligame, să poarte văluri, să lase în sarcina părinților să aleagă cariera profesională pe care să o urmeze ei înșiși sau să se supună autorității unui părinte sau a unei rude mai în vârstă care pare să-și exercite această autoritate în mod discreționar și în scopuri egoiste.

Următorul exemplu este al unui pacient care împărtășește multe dintre valorile care sunt întâlnite în mod obișnuit la americanii occidentalizați:

O bonificație nesolicitată

Un psiholog trata un pacient care imigrase recent din fosta Uniune Sovietică. Deși costul terapiei era achitat de o terță parte (un grup religios), pacientul i-a oferit terapeutului douăzeci de dolari la sfârșitul primei ședințe. Psihologul a refuzat banii, spunând că serviciile sale erau achitate de altcineva și a discutat acest aspect cu pacientul. La finalul celei de-a doua ședințe, pacientul i-a oferit din nou bani, pe care psihologul din nou i-a refuzat. Câteva săptămâni mai târziu, când își făcea curățenie în cabinet, psihologul a găsit bancnote de douăzeci de dolari îndesate între pernele divanului pe care stătea pacientul. Ce ar fi trebuit să facă psihologul cu acești bani?

Psihologul abordase inițial această problemă printr-o metodă educațională și încercase să folosească siutația pentru a-l ajuta pe pacient să se adapteze la noile reguli sociale în maniera occidentală de gestionare a serviciilor profesionale. El i-a explicat că,

în culturile occidentale, asemenea bonificații nu erau necesare și că puteau fi considerate chiar lipsite de etică. Dar nu reușise să îl convingă pe pacient.

Reflectând asupra acestei situații, psihologul a apelat la o consultație cu un psiholog ruso-american care fusese născut și educat în fosta Uniune Sovietică. În această țară corupția și mita erau obișnuințe în acea perioadă, iar oamenii presupuneau în general că ar fi primit servicii de proastă calitate sau sub standarde dacă nu „ungeau" palmele funcționarilor guvernamentali, furnizorilor sau specialiștilor care le furnizau orice fel de servicii. Pacientul nu făcea altceva decât ceea ce era adecvat și de așteptat în cultura sa de proveniență.

Într-un asemenea caz, trebuia psihologul să returneze banii pacientului? În unele culturi, dăruirea de mici atenții este un ritual anticipat în relațiile sociale și ar fi putut fi adecvată o mai mare flexibilitate în acceptarea acestor atenții. Un aspect pe care este bine să-l analizăm în luarea deciziei de a accepta sau nu un cadou se referă la momentul în care acesta este oferit. De exemplu, acceptarea unui cadou la finalul unei terapii ca expresie a aprecierii este un gest foarte diferit de primirea unui cadou la începutul terapiei, când pacienții se așteaptă să poată influența astfel natura relației lor terapeutice. Alte aspecte se referă la valoarea cadoului, la diagnosticul pacientului și semnificația cadoului respectiv (Knox, 2008).

În mod ideal, psihologii ar putea lucra cu pacientul, ar putea explica obiceiurile americane cu privire la gestionarea bonificațiilor și astfel ar rezolva problema. Din nefericire, nu toate dilemele de acest fel se termină cu bine. În această situație, în ciuda tuturor eforturilor sale, psihologul nu a reușit să-l convingă pe pacient să nu-i mai ofere favoruri bănești. Psihologul

credea că orice insistență din partea sa de a returna banii pacientului ar fi putut dăuna (ar fi încălcat principiul evitării daunelor și Articolul 3.04 al APA). Se temea că pacientul s-ar fi simțit nerespectat și jignit. Problema psihologului era agravată de relația culturală confuză pe tema dăruirii de atenții în această situație. Darul fusese acordat cu intenția de a mitui, mai mult decât ca expresie a aprecierii. Până la urmă, psihologul a decis că putea echilibra cel mai bine principiile primatului stării de bine și evitării daunelor donând acei bani organizației care plătise tratamentul pacientului, și chiar fără a-l informa pe pacient despre destinația banilor și nici organizația cu privire la sursa acestora.

În interacțiunile cotidiene există o tendință naturală de a face inferențe cu privire la persoane (și pacienți) sub influența factorilor demografici, biografici sau culturali. Totuși, psihologii nu trebuie să presupună că pacienții lor sunt îndreptățiți să pună în practică tot felul de obiceiuri sau să își mențină anumite sisteme de credințe doar din cauza moștenirii lor etnice, religioase, rasiale, a statutului socioeconomic sau a altor factori. Mai mult, culturile sunt rareori rigide și monolitice; deci, psihologii pot avea adeseori un anumit grad de libertate etică în anumite zone (Knapp și VandeCreek, 2007).

Psihologii care se străduiesc să devină competenți cultural au adeseori resurse disponibile (de exemplu, oportunități de a se consulta cu colegi specialiști) care să îi ajute să rezolve dilemele cu care se confruntă. De asemenea, ei pot fi buni ascultători și pot fi capabili să discute cu pacienții lor și să genereze soluții care să pună în acord preocupările și perspectivele ambelor părți. De exemplu, dacă au suficiente cunoștințe despre cultura pacienților lor, psihologii pot iniția cu mai multă încredere, arătându-se curioși și respectuoși, discuții prin care să ceară

informații cu privire la factori specifici care le-ar putea afecta comportamentul și își pot recunoaște cu mai puțină teamă ignoranța. Să luăm următorul exemplu:

„Metoda chinezească" de educare a copiilor

Un consilier al unei școli publice a sesizat serviciul de protecție a copilului când a început să suspecteze un abuz asupra unui elev. Cu toate că ancheta nu a reușit să găsească dovezi ale abuzului suspectat asupra copilului, funcționarul de la protecția copilului i-a cerut familiei, de origine chinezo-americană, să apeleze la serviciile unui psiholog. La prima ședință, părinții s-au prezentat foarte defensivi, pretinzând că ei își creșteau copiii după „metoda chinezească".

Chiar și fără complicațiile aspectelor culturale, mulți pacienți devin defensivi când le sunt criticate metodele de creștere a copiilor. Ei pot fi de două ori mai sensibili dacă au impresia că psihologii îi judecă sau le denigrează tradițiile culturale. În acest exemplu, un psiholog rezonabil ar ține minte comentariul privitor la „metoda chinezească", dar înainte de a o discuta ar aduna mai multe informații cu privire la experiența generală a pacienților săi și s-ar manifesta cu interes și respect față de tradițiile lor, încercând să găsească zonele de interferență între cele două culturi.

La suprafață, se pare că sarcina psihologului de a promova starea de bine a copilului intră în conflict cu respectul față de autonomia părinților în creșterea copiilor proprii după metodele adecvate originii lor culturale. Percepția unui conflict cultural este bazată pe credința că părinții americani de origine asiatică sunt dominatori (ca reflecție a credinței lui Kong Fu-zi [Confucius] în

virtutea iubirii față de părinți sau *xiao*) sau poate sunt adepți ai metodei de „parentalitate de tip tigru", de atingere de către copii a unor standarde de înaltă performanță școlară și obediență ridicată față de părinți, chiar dacă aceste metode au un grad de severitate aflat la limita abuzului fizic și psihic (Chua, 2011).

Psihologul competent cultural știe că metodele de creștere a copiilor practicate de americani de origine asiatică variază în mod substanțial; cercetările nu demonstrează o prea largă răspândire printre americanii asiatici a adoptării metodelor extrem de severe sau abuzive de creștere a copiilor (Kim, Wang, Orozco-Lapray, Shen și Murtuza, 2013). Cu toate că mulți americani de origine chineză ar putea valoriza ascultarea și reușitele școlare mai mult decât americanii de origine europeană, sunt puțini acei americani chinezi care demonstrează o preferință clară pentru metoda tigru de educare a copiilor (Way și alții, 2013).

Chiar dacă părinții pot avea credințe culturale diferite cu privire la creșterea copiilor, psihologii competenți din punct de vedere cultural pot găsi flexibilitate în sistemul de credințe al familiei. De exemplu, acele culturi asiatice aflate sub influența tradiției lui Kong Fu-zi pun un accent puternic pe iubirea față de părinți, pe ascultarea în fața autorității și pe respectul față de părinți, în mod deosebit față de tați. Cu toate acestea, iubirea față de părinți nu necesită ascultarea absolută în toate circumstanțele. În tradiția confucianistă, exercitarea iubirii față de părinți este mai nuanțată decât cred de obicei cei ce privesc din afară. Dacă un părinte acționează în mod inadecvat, atunci copiii îi pot cere cu respect părintelui lor să își schimbe comportamentul. De exemplu, unul dintre învățații confucianiști din antichitate, Mencius (1976), a făcut următoarea afirmație: „Dacă un tată are un fiu care refuză ordinele sale greșite, el va fi salvat

de la comiterea unor greșeli grave. Când ordinul este greșit, un fiu trebuie să își refuze tatăl" (p. 529). Mai mult, membrii unei familii au obligații reciproce. Tații au obligația corelativă de a-și iubi copiii și cel mai bun control asupra copiilor pe care îl pot exercita părinții constă în a fi ei înșiși exemple morale (Haberman, 1998) și modele de comportament virtuos. Respectul pentru autoritatea părintească în culturile asiatice nu înseamnă o autorizare a cruzimii părinților față de copii.

Departe de a ataca sau denigra tradițiile confucianiste, psihologii pot promova starea de bine a familiilor ajutându-le să acționeze în cadrul acelor tradiții. Ei îi pot ajuta pe copii să înțeleagă cum se pot arăta respectuoși față de părinții lor și îi pot ajuta pe părinți să își îndeplinească obligațiile față de copii, fiind exemple de moralitate pentru aceștia.

În exemplul precedent, tatăl a proclamat că el își creștea copilul după „metoda chinezească", conform căreia ascultarea și respectul față de părinți sunt importante și „tata știe mai bine". Psihologul sensibil la aspectele culturale nu a contrazis această afirmație, ci a recadrat credințele dintr-o perspectivă mai constructivă: „Un tată bun pune întotdeauna pe primul loc interesul copiilor săi" (a se vedea Chen și Davenport, 2005). Astfel, el a păstrat discuția în contextul tradițiilor confucianiste. Procedând astfel, el a recadrat conversația, transformând-o dintr-o discuție contradictorie într-una cooperantă.

Eforturile de găsire a unui teren comun de discuție cu pacienții cu proveniență culturală diferită pot să nu aibă întotdeauna succes. Astfel, dacă un părinte cu origine culturală diferită de cea a psihologului își tratează copilul cu o severitate neobișnuită sau o justifică bazându-se pe credințele sale culturale, iar eforturile de a găsi puncte comune (sau o alternativă moralmente

acceptabilă) eșuează, considerăm că este potrivit să permitem prevalența unui principiu etic general, cum ar fi primatul stării de bine, asupra respectului față de valorile culturale prezentate de părinți. În asemenea cazuri, poate fi necesar ca psihologul să fie mai direct în abordarea părinților copilului, aducându-le la cunoștință conținutul prevederilor legale în vigoare și obligația psihologului de a informa autoritățile competente în anumite circumstanțe. Această abordare poate fi neplăcută, dar nu întotdeauna a face lucrul corect ne face și să ne simțim bine.

Pacienți cu principii morale diferite

Așa cum am descris în Capitolele 2 și 8, psihologii pot — și adeseori trebuie — să intervină atunci când pacienții fac sau amenință să facă lucruri care pot vătăma alte persoane, cum ar fi abuzarea copiilor sau atacarea cuiva. În asemenea cazuri, obligațiile psihologilor de a respecta autonomia pacienților lor în luarea propriilor decizii nu pot prevala asupra binelui social general și/sau obligațiilor lor legale și morale de a proteja persoane terțe identificabile. În mod similar, psihologii trebuie să intervină, cu asertivitate dacă este necesar, atunci când un pacient exprimă o amenințare serioasă și credibilă de a-și face rău sieși (primatul stării de bine prevalează asupra respectului față de autonomia pacientului).

Dar cum pot psihologii să răspundă atunci când pacienții se angajează în comportamente care par chestionabile din punct de vedere moral, chiar dacă nu par să dăuneze niciunei a treia persoane sau lor înșiși? Uneori, psihologii pot întâlni pacienți care nu sunt mulțumiți de comportamentul lor sau care au pulsiuni nedorite, despre care psihologul crede că sunt normale,

benigne sau chiar sănătoase. De exemplu, un pacient poate căuta ajutor pentru a scăpa de sentimentele de atracție sexuală față de persoane de același sex. Cu toate că psihologul poate fi un susținător al homosexualității, 43% din populația generală consideră că homosexualitatea este greșită din punct de vedere moral (Saad, 2010). Sau un pacient își poate exprima furia față de copilul său care a decis să aibă la rândul lui un copil fără a fi căsătorit. Chiar dacă psihologul poate considera că aceasta este o opțiune rezonabilă, 44% din publicul larg consideră că a avea copii în afara căsătoriei este greșit din punct de vedere moral (Saad, 2010). În mod similar, psihologii care cred în căsniciile egalitariste pot întâlni pacienți care au o imagine paternalistă asupra căsniciei. Sau, psihologii care aprobă relațiile sexuale de iubire între adulți care consimt, chiar și în afara căsniciei pot întâlni paciente care vor cu tărie să rămână virgine până la căsătorie.

Alteori, psihologii pot întâlni pacienți care sunt mulțumiți de comportamentul lor, dar pentru psihologi comportamentele respective ale pacienților suscită probleme morale. Psihologii care tratează pacienți cu comportamente îndoielnice din punct de vedere moral pot avea sentimente variind de la ușor dezacord până la dezgust. Pentru psihologi, opțiunea de încetare imediată a relației psihoterapeutice din cauza acestor dezacorduri poate fi prea impulsivă. Trebuie cel puțin să le recomande acelor pacienți să se adreseze specialiștilor celor mai potriviți pentru ei în cazul în care psihologii consideră că tratându-i ei înșiși, sentimentele proprii ar putea afecta tratamentul. Mai mult, încetarea imediată a terapiei poate fi o strategie de separare atunci când psihologii acționează pe baza reacțiilor și valorilor lor personale, uitându-și obligațiile profesionale. Trimiterile premature sau grăbite către alți specialiști pot reprezenta și ele strategii de

 asimilare dacă psihologii se străduiesc să se conformeze literei Codului Etic al APA, dar nu reușesc să ia în considerare necesitatea de a simți compasiune față de alți oameni.

Strategiile de integrare le permit psihologilor să își încorporeze compasiunea cu obligațiile lor profesionale. Cu excepția cazului în care există un risc serios de vătămare fizică a unor persoane terțe sau a propriei persoane, considerăm că respectul față de autonomia pacientului le impune psihologilor să se străduiască să onoreze viziunea pacienților lor asupra lumii, inclusiv credințele religioase sau culturale ale pacienților, fără a încerca să le impună credințele lor proprii (nonterapie). Numim această atitudine *psihoterapie nonjudicativă*, atitudine care nu le cere psihologilor să își abandoneze propriile credințe. Mai degrabă, aceasta este doar o restricție pentru acei psihologi care încearcă să folosească psihoterapiile ca mijloace de schimbare a credințelor și comportamentelor „imorale" ale altora atunci când acele credințe nu sunt relevante pentru terapie.

Psihoterapia nonjudicativă nu înseamnă că psihologii trebuie să accepte orice spun pacienții. Ei ar putea, și trebuie, să angajeze în mod activ pacienții în discuții cu privire la credințele lor și la implicațiile acelor credințe asupra stării lor de bine pe termen lung. De exemplu, o pacientă poate arăta atât de mult respect față de partener în relația sa maritală, încât această atitudine să contribuie la o depresie majoră și să conducă la comportamente autodefensive. Dată fiind severitatea vătămării, psihologul ei poate pune sub semnul întrebării acele părți din credințele ei cu privire la căsnicie care susțin această tulburare emoțională. Procesul efectiv de chestionare a credințelor poate fi nuanțat însă și implică manifestarea grijii și compasiunii față de pacientă,

respectând viziunea pacientei asupra lumii și onestitatea față de noi înșine, recunoscând ale cui nevoi sunt împlinite.

Desigur, este legitimă cererea psihologilor ca pacienții să își exploreze și să reanalizeze alegerile lor majore de viață. Dacă o pacientă declară că vrea să-și schimbe orientarea sexuală, atunci este în întregime legitim (și într-adevăr dezirabil) să discute în terapie care sunt prioritățile ei, obiectivele, alternativele și valorile morale. Psihologii conștiincioși se vor informa cu privire la cercetările științifice privitoare la terapia de reorientare (dovezile privind eficiența ei sunt slabe, iar ceea ce se povestește despre această metodă indică faptul că poate fi chiar dăunătoare; APA, 2009). Implicarea propriilor judecăți în menținerea unui echilibru între susținerea și contrazicerea pacienților poate fi o manevră delicată — unii pot spune că este chiar *murdară*. De exemplu, psihologii care le cer pacienților să își exploreze natura rolurilor lor în cadrul unei căsnicii trebuie să fie conștienți de propriile motivații din spatele acestei cereri; există riscul ca psihologii să se lase conduși de propriile lor judecăți morale în evaluarea impactului dăunător al credințelor pacienților lor. Acești psihologi ar trebui să se întrebe dacă și-ar consuma tot atâta timp și energie pentru a „ajuta" și alți pacienți, ale căror opțiuni sunt mai concordate cu propriul lor sistem de credințe. „Hai să analizăm această decizie. Ce credeți dumneavoastră despre ea?" este o întrebare pe care psihologii ar putea fi mai înclinați să o adreseze atunci când tendințele pacientului diferă de preferințele lor proprii. Este de asemenea o întrebare pe care psihologii pot fi nevoiți să și-o adreseze propriei persoane. Scopul acestor întrebări și discuții însă trebuie să fie întotdeauna ajutorul dat pacienților în evaluarea situațiilor proprii de viață și stabilirea a ceea ce doresc ei să facă, așa cum ar face dacă nu ar fi pacienți.

 în orice decizie majoră de viață, indiferent care ar fi valorile psihologului.

În mod similar, psihologii pot întâlni persoane care au emoții mixte cu privire la atracția pe care o resimt față de același sex, din cauză că aceste sentimente contravin credințelor lor religioase. Este potrivit, în general, ca psihologii să adreseze în mod respectuos întrebări, astfel încât pacienții să-și poată stabili o metodologie pentru reconsiderarea acestor credințe religioase. Poate fi educativă pentru pacienți cu privire la efectul fatal al homofobiei internalizate, informarea pacienților despre cercetările realizate cu privire la bazele biologice ale atracției față de același sex, sau punerea lor în contact cu persoane sau lideri religioși care nu văd niciun conflict între credință și homosexualitate (Lasser și Gottlieb, 2004). În sfârșit, psihologii trebuie să respecte totuși deciziile pe care le iau pacienții lor, chiar dacă acest lucru înseamnă ca pacienții să ajungă la concluzia că atracția față de persoane de același sex este inacceptabilă, întrucât încalcă credințele lor religioase cele mai profunde. Obiectivele terapeutice sunt acelea de a maximiza independența „permițând pacientului să decidă cu privire la scopul final al găsirii propriei identități și să trăiască deplin conform orientării sale sexuale" și „să își integreze interesele de orientare sexuală într-un stil de viață ales de pacientul însuși" (APA, 2009, p. 6). Scopul este acela de a-i ajuta pe pacienți să-și prioritizeze obiectivele și valorile (Yarhouse și Beckstead, 2007).

Să analizăm conflictul ce poate apărea dacă un psiholog ar fi trebuit să trateze o pacientă care fusese de acord să se supună unei căsătorii aranjate de părinții săi cu un soț care crede în rolul submisiv al femeilor în căsnicie. Chiar dacă femeia pune problema deciziei de a se căsători ca subiect al terapiei sale, rolul

psihologului nu este acela de a o convinge pe pacientă să nu fie de acord cu aranjamentul marital, ci de a o ajuta să ia decizii pe baza propriilor ei valori și priorități.

Strategiile distale de optimizare a calității pot fi utile aici. Deși psihologii nu pot anticipa toate problemele pe care le-ar putea întâmpina, este prudent din partea lor să anticipeze problemele obișnuite, inclusiv confruntarea cu pacienți care au stiluri de viață sau credințe care i-ar putea ofensa. De asemenea, o strategie distală poate fi aceea de a avea o rețea de colegi pe care să se poată baza atunci când apar probleme etice dificile (Crowley și Gottlieb, 2012; W.B. Johnson, Barnett, Elman, Forrest și Kaslow, 2013).

Consilierea nonjudicativă este importantă chiar și atunci când psihologii tratează pacienți care par să împărtășească aceleași credințe ca ei, din cauză că acordul sau asemănarea între psiholog și pacient poate favoriza distorsiunile emoționale sau cognitive. De exemplu, întrucât un pacient valorizează unele credințe cu care și psihologul este de acord, acesta ar putea presupune că pacientul respectiv este un om bun sau că prețuiește și alte credințe cu care este de acord psihologul. Consecința este că psihologilor le plac acești pacienți, iar aparenta similaritate de credințe și valori poate masca diferențe reale determinante pentru problemele cu care pacienții se prezintă în terapie. Drept rezultat, psihologii își pot impune din neatenție propriile lor valori asupra pacienților. Să luăm următorul exemplu:

O enoriașă cucernică

Un psiholog fusese de acord să trateze pentru depresie o pacientă, descrisă de către preotul ei ca fiind „pioasă și profund atașată de religia ei". Psihologul a urmat tratamentul pornind

de la presupunerea că pacienta împărtășea angajamentul psihologului față de catolicismul conservator și a integrat în mod activ în tratament practici religioase. Terapia nu mergea bine. În realitate, pacienta avea îndoieli serioase cu privire la multe elemente ale doctrinei catolice și ar fi preferat o abordare terapeutică mai seculară.

Ar fi fost mai bine ca psihologul să fi realizat propria sa evaluare, să fi ascultat cu mai multă atenție ce spunea pacienta când aceasta își descria problemele și să lucreze într-o manieră mai colaborativă cu ea pentru a stabili când și mai ales dacă să integreze practici religioase în terapie. Acest exemplu demonstrează posibilul efect fatal pe care îl poate avea distorsiunea de confirmare. Psihologul, pe bună dreptate, se poate să fi interpretat afirmațiile confuze sau ambivalente ale pacientei în lumina comentariului făcut de preot cu privire la devoțiunea ei — pierzând astfel oportunitatea de a evalua într-un mod mai cuprinzător natura problemelor ei.

Din propriile lor religii, etici sau culturi morale de origine, psihologii pot aduce o varitate de atitudini religioase în practica lor.[25] Ca urmare a experiențelor lor din relațiile familiale și sociale, unii pot fi de părere că religia (și politica) sunt subiecte tabu în relațiile reverențioase. Ca urmare, ei pot evita oportunitățile de a discuta aspecte religioase în terapie. Alți psihologi pot avea origini religioase care pun accent pe factori precum

[25] Părți din materialul care urmează sunt adaptate după „Ethical Responses When Patients' Religious Beliefs Appear to Harm Their Well-Being" (*Răspunsuri etice când credințele religioase ale pacienților par să dăuneze stării lor de bine*), de S. Knapp, J. Lemoncelli și L. VandeCreek, 2010, în *Professional Psychology: Research and Practice, 41*, pp. 405-412. Copyright 2010, American Psychological Association.

prozelitismul sau discutarea textelor biblice, ceea ce îi face să fie mai înclinați să accentueze aspectele religioase în cadrul terapiei. Amândouă tendințele pot fi integrate atâta timp cât accentul terapeutic este pus pe nevoile pacientului, aspect inerent al culturii psihologiei și psihoterapiei.

Într-o manieră similară cu aceea recomandată pentru pacienții diferiți cultural, psihologii trebuie să își asculte cu mai multă atenție pacienții care prezintă diferențe de religie, să identifice conflictele care apar, să analizeze alternativele pe care le pot accepta ambele părți și să valorizeze unicitatea experiențelor pacienților lor, acceptând în același timp faptul că și credințele religioase, la fel ca orice alte credințe, pot fi multifațetate, multideterminate, nuanțate și fluide. Psihologii care se străduie să capete o anumită sensibilitate religioasă sau spirituală își pot angaja pacienții într-un dialog respectuos (ascultare și vorbire) cu o mai mare încredere în ei înșiși, întrucât ar fi suficient de competenți ca nivel de cunoștințe despre religie pentru a putea pune întrebări cu privire la factorii ce ar putea influența comportamentul pacienților sau tocmai pentru că ei sunt conștienți că știu doar atât cât să-și admită ignoranța și să adopte o atitudine de curiozitate și respect față de pacient.

Psihologii care nu sunt familiarizați cu o anumită religie pot supraestima măsura în care o anumită credință sau practică reprezintă psihopatologie. În asemenea cazuri, psihologii ar putea supradiagnostica boli mentale pe baza clasificării drept simptome a unor credințe care pentru un anumit grup religios sunt benigne sau normative. Psihologii care se străduiesc să devină mai respectuoși, mai curioși și mai competenți din punct de vedere religios sunt mai puțin înclinați să facă asemenea erori (Vieten și alții, 2013).

Atitudinile antireligioase le pot fi dăunătoare pacienților atunci când psihologii încearcă să își impună propriile valori. De exemplu, creștinii practicanți nemulțumiți de terapeuții nereligioși povestesc adeseori că le-au fost „neînțelese, subapreciate sau ridiculizate" credințele (Cragun și Friedlander, 2012, p. 380). Mulți pacienți creștini conservatori ezită să apeleze la terapie de teamă că terapeuții nu le vor respecta credința (Wetherbee, 2006; Worthington și Scott, 1983). Din fericire, cei mai mulți pacienți religioși au descoperit că terapeuții lor nereligioși sunt nonjudicativi și au tendința de a răspunde bine la terapie. Discutând despre experiența sa pozitivă de lucru cu o terapeută nereligioasă, o pacientă a afirmat că a apreciat atitudinea lipsită de prejudecăți a acesteia: „Am simțit că era foarte respectuoasă și era atentă la ceea ce spuneam eu. Și nu am simțit nicio clipă că mi-ar fi devalorizat credința sau că m-ar fi judecat în vreun fel" (Cragun și Friedlander, 2012, p. 384).

În mod similar, să ne imaginăm situațiile în care credințele proreligioase ale psihologului pot fi la fel de dăunătoare pentru unii pacienți. Un psiholog poate crede că pacientul are o obligație derivată din principiile religioase de a ierta o persoană care i-a făcut rău sau psihologul poate crede că pacienții vor simți mai puțină anxietate sau suferință dacă adoptă o anumită viziune asupra vieții bazată pe religie. Totuși, astfel de psihologi trebuie să reflecteze cu privire la posibilitatea ca aceste credințe personale puternice să-i determine să își ignore obligația de a respecta autonomia pacientului. Pacienții care nu sunt religioși se așteaptă și ei să le fie respectate credințele în aceeași măsură ca și cei religioși.

Psihologii sensibili sub acest aspect pot găsi punctele de flexibilitate din sistemul de credințe și religie al pacienților lor.

Cele mai multe sisteme de credințe fac distincția între preceptele fundamentale și cele care pot fi aplicate discreționar. Cu toate că apartenența la o religie poate (cel puțin aparent) presupune aderența la anumite credințe-cheie, membrii adepți ai unei religii pot avea totuși puterea de a decide asupra multor aspecte. De asemenea, unele sisteme religioase nu sunt monolitice; ele includ adeseori suficient spațiu de libertate cu privire la multe aspecte. Problemele care din afară par a fi dogmatice sau simpliste sunt adeseori interpretate în manieră mult mai nuanțată în interiorul sistemului de credințe respectiv. De exemplu, unii psihologi pot reacționa exagerat la afirmația unui creștin conservator cu privire la faptul că Biblia îi poruncește soției să se supună soțului. Creștinii conservatori inteligenți citesc același comandament cu sensul în care le cere și soților să își iubească soțiile. Printre mulți creștini conservatori, accentul se pune mai mult pe obligația reciprocă decât pe o ierarhie unidirecțională. Astfel, psihologii care aud un pacient spunând că o soție trebuie să se supună soțului ei trebuie să exploreze comentariul mai în profunzime și să discearnă dacă pacientul favorizează o relație maritală incorectă sau dacă interpretează ceea ce spune doar ca parte a unei relații care implică respectul și îngrijirea reciproce.

Să analizăm un exemplu în care o credință religioasă pare să afecteze funcționarea psihologică bună și să vedem dacă ar fi posibilă evitarea unui conflict între două principii etice generale:

Un pacient depresiv

La începutul unei terapii, un pacient cu depresie majoră a spus că era condamnat să ajungă în iad din cauză că, printre alte păcate, luase în deșert numele Domnului, lucru care este un păcat ce nu poate fi niciodată iertat.

La prima privire, un psiholog cu mai puțină experiență ar fi putut vedea imediat această afirmație ca pe o manifestare a unui conflict între primatul stării de bine a pacientului și respectul față de dreptul pacientului de a face alegeri în mod autonom și de a trăi conform credințelor sale religioase. Un psiholog mai puțin abil poate decide grăbit că doar unu din cele două principii etice generale trebuie să prevaleze și ar contrazice imediat credința religioasă. Psihologul ar putea căuta opinii și declarații ale unor autorități religioase care să contrazică interpretarea pacientului. Un teolog ar putea argumenta, însă, că ar fi fost ilogic ca Iisus să fi vrut să spună acest lucru la modul literal, căci Iisus nu ar fi putut oferi în același timp posibilitatea de izbăvire de toate păcatele întregii umanități, dar în același timp să îi condamne pe oameni pentru un păcat atât de specific (mai ales pentru un păcat care nu este deloc clar definit). Teologul ar putea argumenta, astfel, că pasajul se referă de fapt la o stare de permanentă înstrăinare de Dumnezeu.

Un psiholog mai abil, în schimb, a înțeles că o abordare a conflictului de valori în această fază a terapiei putea fi prematură. În cazul prezentat, psihologul a decis să abordeze problema indirect, pornind de la ideea că distanța cea mai scurtă între două puncte nu este întotdeauna o linie dreaptă.

Pacientul s-a prezentat inițial cu o depresie majoră și a folosit pasajul biblic pentru a-și dovedi propria lipsă de valoare. Privind prin lentilele depresiei, el interpreta acest pasaj ca pe o condamnare absolută și fără compromis. La acest moment, pacientul nu avea nevoie de o lecție de teologie. În schimb, îi putea fi de folos o analiză a contextului social și emoțional în care erau exprimate aceste credințe.

Psihologa care îl trata a ocolit comentariul (dar l-a ținut minte) și s-a concentrat pe alte aspecte ale vieții personale legate de depresie, cum ar fi moartea unui frate și dificultatea de adaptare la un nou loc de muncă foarte solicitant. Pe măsură ce pacientul a putut profita de oportunitatea de a-și trăi doliul în umbra morții celui apropiat și și-a dezvoltat strategii de ajustare la noul loc de muncă, cognițiile depresive au început să se schimbe. Mai târziu în terapie, pe măsură ce depresia sa a început să se amelioreze, pacientul și-a exprimat uimirea față de propria sa interpretare a acelui pasaj biblic și față de propria sa respingere față de iubirea și susținerea lui Dumnezeu.

În acest caz, pacientul și-a schimbat credința destul de repede, cel mai probabil pentru că depresia sa s-a ameliorat. Psihologa care îl trata a înțeles că uneori credințele religioase personale sunt fluide și dinamice, că pot varia în funcție de starea de dispoziție a pacientului și pot evolua sau se pot maturiza în timp. Nu întotdeauna credințele generează dispoziția (în acest caz, depresia); uneori dispoziția creează credința sau cel puțin creează condițiile care favorizează acceptarea credinței depresogene.

Chiar dacă pacienții nu adoptă credințe mai productive în mod spontan, psihologii trebuie să evite distorsiunile și tendințele de reacție exagerată la afirmații ce par a fi credințe disfuncționale sau dăunătoare. Deseori pacienții exprimă într-o zi o credință care poate fi dăunătoare, iar în ziua următoare una mai puțin dăunătoare (sau viceversa). Poate că factorii situaționali specifici au determinat o interpretare utilă într-o anumită situație, dar acei determinanți, utilizați într-o anumită etapă, nu au mai fost prezenți într-o nouă etapă. De asemenea, nu este neobișnuit ca pacienții să aibă credințe contradictorii sau dizarmonice de sorginte religioasă, la fel cum oamenii pot avea

credințe contradictorii sau dizarmonice în orice alte arii ale vieții lor. Adesea, când psihologii pot fi conștienți de distorsiunile și prejudecățile proprii, ei pot furniza un mediu de rezonanță care să îi ajute pe pacienți să reflecteze la credințele lor sau să găsească forța de a înțelege faptul că și credințele pot varia în timp, în funcție de circumstanțe sau de dispoziția pacientului. Când trec prin stări de criză și depresie, pacienții pot adopta sisteme de credințe primitive și rigide din punct de vedere psihologic, care se pot schimba pe măsură ce anxietatea și depresia slăbesc în intensitate.

Credința că sunt pedepsiți este un exemplu de adaptare religioasă negativă, care-i poate descuraja pe oameni să-și trateze problemele. Dimpotrivă, adaptarea religioasă pozitivă se concentrează asupra lui Dumnezeu în rolul de partener care îi ajută pe oameni în eforturile lor de a-și depăși problemele (Capanna, Stratta, Collazzoni și Rossi, 2013). La un anumit nivel, orice efort de a schimba credința religioasă depresogenă poate fi construit ca un efort de modificare a credințelor religioase ale pacientului (prin acestea înțelegând credința lui specifică la un moment dat). La un alt nivel însă, orice efort de a schimba credința religioasă depresogenă poate fi văzut și ca un efort de a armoniza gândirea curentă a pacienților cu filonul principal al tradiției lor religioase, lucru ce încurajează adaptarea lor religioasă pozitivă.

Pargament (2007) afirma că este permisă sau chiar dezirabilă abordarea inflexibilității spirituale când aceasta este dăunătoare pentru pacienți. Rareori se întâmplă ca această abordare să implice o contrazicere verbală directă a unei credințe. Mai degrabă, abordările au loc în mod indirect, prin tehnici de susținere a pacienților să reflecteze asupra credințelor și efectelor acestora asupra comportamentului sau sentimentelor lor și asupra

măsurii în care credințele respective îi susțin sau îi împiedică să își realizeze obiectivele. Recomandarea generală constă în a începe cu intervenții mai puțin intruzive (Pargament, 2007). Scopul nu este acela de a ataca religia în general sau religia specifică a pacientului, ci de a aborda acele aspecte ale religiei care par să-i aducă cele mai mari deservicii pacientului.

La fel ca în cazul altor multe probleme etice, unor psihologi le poate fi dificil să aplice această recomandare. În cazul pacienților cu religii diferite, unii terapeuți mai liberali sau mai puțin religioși ca orientare personală sau adepți ai egalitarismului de toate tipurile se pot confrunta cu dificultăți de aculturație atunci când analizează suprapunerea credințelor de bază ale diferitelor tradiții religioase. Totuși, pe măsură ce psihologii își explorează propriile credințe, distorsiuni și prejudecăți pentru a practica o metodă nonjudicativă, ei vor face pași mari către obiectivele aspiraționale ale eticii pozitive.

Postfață

Pornim de la ipoteza că toți (sau teoretic toți) psihologii și psihoterapeuții doresc să facă tot ce le stă în puteri pentru a-și ajuta pacienții. Scopul nostru în scrierea acestei cărți este acela de a-i ajuta pe psihologi să-și atingă obiectivele utilizând trei modele — luarea deciziilor pe baza principiilor etice, strategiile de optimizare a calității și modelul aculturației etice — atunci când se confruntă cu situații dificile în care răspunsurile optime sunt neclare. Deși suntem optimiști și încrezători în ceea ce privește practica psihologiei, recunoaștem și faptul că psihoterapia prezintă uneori enigme, probleme și dileme care nu au răspunsuri facile. Strategiile pe care le propunem îi pot ajuta pe psihoterapeuți nu doar să gândească aceste probleme într-o manieră consecventă cu preceptele lor etice, ci și să evite conduite care i-ar putea expune la măsuri disciplinare.

Pe lângă prezentarea celor trei modele utile, am încercat să punem în evidență pe parcursul acestei cărți importanța ancorării deciziilor într-o filosofie etică generală, practicând autoreflecția și încercând să construim o comunitate alături de alți psihoterapeuți cu gândire asemănătoare. Uneori modalitatea de implementare a acestor strategii este la fel de importantă ca decizia însăși de a le implementa.

Acest scurt volum abordează doar câteva dintre aplicațiile acestor modele. Sperăm că cititorii vor reflecta pe marginea acestei lucrări, vor îmbunătăți modelele pe care le prezentăm aici (sau vor propune ei înșiși alte modele) și vor extinde numărul situațiilor în care aceste modele pot fi aplicate.

Referințe

Alexander, G.C., Humensky, J., Guerrero, C., Park, H. și Loewenstein, G. (2010). Brief report: Physician narcissism, ego threats, and confidence in the face of uncertainty. *Journal of Applied Social Psychology, 40,* 947-955. http://dx.doi.org/10.1111/j.1559-1816.2010.00605.x

American Psychological Association. (1992). *Ethical principles of psychologists and code of conduct.* Extras de pe http://www.apa.org/ethics/code/code-1992.aspx

American Psychological Association. (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist, 58,* 377-402. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.58.5.377

American Psychological Association. (2009). *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation.* Washington, DC: American Psychological Association.

American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct (2002, Amended June 1, 2010).* Extras de pe http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

American Psychological Association. (2013). *Guidelines for the practice of telepsychology.* Extras de pe http://www.apapracticecentral.org/ce/guidelines/telepsychology-guidelines.pdf

Anderson, S.K. şi Handelsman, M.M. (2010). *Ethichs for psychotherapists and conselors: A proactive approach*. Malden, MA: Wiley-Blackwell. http://dx.doi.org/10.1002/9781444324303

Aristotel. (2004). *Etica nicomahică*. Bucureşti. Antet XX Press (Lucrarea originală publicată aproximativ în anul 330 î.Hr.)

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. (1999). Moral disengagement in the perpetration of inhumanities. *Personality and Social Pychology Review, 3*, 193-209. http://dx.doi.org/10.1207/s15327957pspr0303_3

Baron, J. (2000). *Thinking and deciding*. (ed. a 3-a). New York, NY: Cambridge University Press.

Bashe, A., Anderson S.K., Handelsman, M.M. și Klevansky, R. (2007). An acculturation model for ethics training: The ethics autobiography and beyond. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*, 60-67. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.38.1.60

Baumeister, R.F. și Tierney, J. (2012). *Voința. Cum să-ți descoperi cea mai mare putere interioară*. București. Paralela 45.

Bazerman, M.H. și Tenbrunsel, A.E. (2011). *Blind spots*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Beauchamp, T.L. și Childress, J.F. (2009). *Pcinciples of biomedical ethics* (Ed. a 6-a), New York, NY: Oxford University Press.

Bennett, B.E., Bricklin, P.M., Harris, E., Knapp, S., VandeCreek, L. și Younggren, J. N. (2006). *Assessing and managing risk in psychological practice: An individualized approach*. Rockville, MD: The Trust.

Bernard, J.L. și Jara, C.S. (1986). The failure of clinical psychology graduate students to apply understood ethical principles. *Professional Psychology: Research and Practice, 17*, 313-315. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.17.4.313.

Bernard, J.L., Murphy, M. și Little, M. (1987). The failure of clinical psychologists to apply understood ethical principles. *Professional*

Psychology: Research and Practice, 18, 489-491. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.18.5.489

Berry, J.W. (1980). Acculturation as varieties of adaptation. În A. M. Padila (Ed.), *Acculturation: Theory, models, and some new findings* (pp. 9-25). Boulder, CO: Westview Press.

Berry, J.W. (1992). Acculturation and adaptation in a new society. *International Migration, 30,* 69-85. http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2435.1992.tb00776.x

Berry, J.W. și Kim, U. (1988). Acculturation and mental helth. În P. R. Dasen, J. W. Berry și N. Sartorius (Editori), *Cross-cultural research and methodology series: Vol. 10. Health and cross-cultural psychology: Toward applications* (pp. 207-236). Thousand Oaks, CA: Sage.

Berry, J. W și Sam, D.L. (1997). Acculturation and adaptation. În J. W. Berry, M. H. Segall și C. Kagitçibasi (Editori), *Handbook of cross-cultural psychology: Vol. 3. Social behavior and applications* (Ed. a 2-a, pp. 291-326). Boston, MA: Allyn & Bacon.

Betan, E.J. și Stanton, A.L. (1999). Fostering ethical willingness: Integrating emotional and contextual awareness with rational analysis. *Psofessional Psychology: Research and Practice, 30,* 295-301. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.30.3.295

Bransford, J.D. și Stein, B.S. (1993). *The ideal problem solver: A guide to improving thinking, learning, and creativity.* New York, NY: Freeman.

Branstetter, S.A. și Handelsman, M.M. (2000). Graduate teaching assistants: Ethical training, beliefs, and practices. *Ethics & Behavior, 10,* 27-50. http://dx.doi.org/10. 1207/S15327019EB1001_3

Brooke, R. (2012, vara). Unusual treatment: A personal memory of helping people with PTSD in South Africa [Scrisoare către editor]. *The Specialist: Newsletter of the American Board of Professional Psychology, 31,* 51-53.

Brown, L.S. (1994). Concrete boundaries and the problem of literal-mindedness: A response to Lazarus. *Ethics & Behavior, 4,* 275-281. http://dx.doi.org/10.1207/s15327019eb0403_13

Bucher, R. și Stelling, J.G. (1977). *Becoming professional.* Beverly Hills, CA: Sage.

Capanna, C., Stratta, P., Collazzoni, A. și Rossi, A. (2013). Construct and concurrent validity of the Italian version of the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality. *Psychology of Religion and Spirituality, 5,* 316-324. http://dx.doi.org/10.1037/a0033642

Carver, C.S. (2006). Approach, avoidance, and the self-regulation of affect and action. *Motivation and Emotion, 30,* 105-110. http://dx.doi.org/10.1007/s11031-006-9044-7

Castonguay, L.G., Constantino, M.J. și Holtforth, M.G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43,* 271-279. http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.271

Chandler, D.J. (2009). The perfect storm of leaders' unethical behavior: A conceptual framework, *International Journal of Leadership Studies, 5,* 69-93.

Chen, S.W. și Davenport, D. (2005). Cognitive therapy and Chinese American clients: Caution and modifications. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42,* 101-115.

Christen, M., Lienhard, F., Zehr, M., Ineichen, C., Narvaez, D. și Tanner, C. (2013, august). *Sphere and cultural-specific distinctions of moral and nonmoral values.* Prezentare făcută la întâlnirea Asociației Psihologice Americane, Honolulu, Hawaii.

Chua, A. (2011). *Battle hymn of the tiger mother.* New York, NY: Penguin Press.

Chugh, D., Bazerman, M.H. și Banaji, M.R. (2005), Bounded ethically as a psychological barrier to recognizing conflicts of interest. În D.A. Moore, D.M. Cain, G. Loewenstein și M.H. Bazerman (Coord.), *Conflicts of interest: Challanges and solutions in business, law, medicine, and public policy* (pp. 74-95). New York, NY: Cambridge University Press. http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511610332.006

Cragun, C.L. și Friedlander, M.L. (2012). Experiences of Christian clients in secular psychotherapy: A mixed-methods investigation. *Journal of Counseling Psychology, 59*, 379-391. http://dx.doi.org/10.1037/a0028283

Crowley, J. și Gottlieb, M.C. (2012). Objects in the mirror are closer than they appear: A primary prevention model for ethical decision making. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*, 65-72. http://dx.doi.org/10.1037/a0026212

Davis, D.A., Mazmanian, P.E., Fordis, M., Van Harrison, R., Thorpe, K.E. și Perrier, L. (2006). Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: A systematic review. JAMA, 296, 1094-1102. http://dx.doi.org/10.1001/jama.296.9.1094

deMayo, R.A. (2000). Patients' sexual behavior and sexual harassment: A survey of clinical supervisors. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*, 706-709. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.31.6.706

Dewey, L.M. și Gottlieb, M.C. (2011). Ethical guidelines for providing court-ordered outpatient psychotherapy to juvenile offenders. *Journal of Forensic Psychology Practice, 11*, 1-20. http://dx.doi.org/10.1080/15228932.2011.521694

Edwards, S.J. și Sachmann, M.D. (2010). No-suicide contracts, no-suicide agreements, and no-suicide assurances: A study of their nature, utilization, perceived effectiveness, and potential to cause harm. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 31*, 290-302. http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000048

Elm, D.R. și Radin T.J. (2012). Ethical decision making: Special or no different? *Journal of Business Ethics, 107*, 313-329. http://dx.doi.org/10.1007/s10551-011-1041-4

Ely, J.W., Graber, M.L. și Croskerry, P. (2011). Checklists to reduce diagnostic errors. *Academic Medicine, 86*, 307-313. http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e31820824cd

Epley, N. și Dunning, D. (2006). The mixed blessings of self-knowledge in behavioral prediction: Enhanced discrimination but exacerbated bias. *Personaliy and Social Psychology Bulletin, 32,* 641-655. http://dx.doi.org/10.1177/0146167205284007

Epstein, R.M. și Hundert, E.M. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA, 287,* 226-235. http://dx.doi.org/10.1001/jama.287.2.226

Feinberg, J. (1986). *Harm to self* (vol. 3 din seria *The Moral Limits of the Criminal Law*). New York, NY: Oxford University Press.

Fischer, L. (1983). *The life of Mahatma Gandhi.* New York, NY: Harper & Row.

Francis, R.D. (2009). *Ethics for psychologists* (ed. a 2-a). Chichester, England: British Psychological Society/Blackwell. http://dx.doi.org/10.1002/9781444306514

Fredrickson, B. (2009). *Positivity: Groundbreaking research reveals how to enhance the hidden strength of positive emotions, overcome negativity, and thrive.* New York, NY: Crown.

Gawande, A. (2009). *The checklist manifesto: How to get things right.* New York, NY: Henry Holt.

Gentile, S.R., Asamen, J.K., Harmell, P.H. și Weathers, R. (2002). The stalking of psychologists by their clients. *Professional Psychology: Research and Practice, 33,* 490-494. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.33.5.490

Gilovich, T., Griffin, D. și Kahneman, D. (Coord.). (2002). *Heuristics and biases: The psychology of intuitive judgement.* New York, NY: Cambridge University Press.

Gino, F. (2013). *Sidetracked: Why our decisions get derailed and how we can stick to the plan.* Boston, MA: Harvard Business Review Press.

Gordon, R. (199, februarie). Handling transference and countertransference issues with the difficult pacient. *Pennsylvania Psychologist, 20,* 24.

Gottlieb, M.C. (1993). Avoiding exploitive dual relationships: A decision-making model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 30,* 41-48. http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.30.1.41

Gottlieb, M.C., Handelsman, M.M. și Knapp, S. (2008). Some principles of ethics education: Implementing the acculturation model. *Training and Education in Professional Psychology, 2,* 123-128. http://dx.doi.org/10.1037/1931-3918.2.3.123

Gottlieb, M.C., Handelsman, M.M. și Knapp, S. (2013). A model for integrated ethics consultation. *Professional Psychology: Research and Practice, 44,* 307-313. http://dx.doi.org/10.1037/a0033541

Gottlieb, M.C. și Younggren, J.N. (2009). Is there a slippery slope? Considerations regarding multiple relationships and risk management. *Professional Psychology: Research and Practice, 40,* 564-571. http://dx.doi.org/10.1037/a0017231

Groopman, J. (2007). *How doctors think.* Boston, MA: Houghton Mifflin.

Gross, B. (2002). The price of a gift. *Annals of the American Psychotherapy Association, 5*(6), 24.

Gutheil, T.G. și Gabbard, G.O (1993). The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and risk-management dimensions. *American Journal of Psychiatry. 150,* 188-196.

Gutheil, T.G. și Schetky, D. (1986). A date with death: Management of time-based and contingent suicidal intent. *The American Journal of Psychiatry, 155,* 1502-1507.

Haberman, D.L. (1998). Confucianism: The way of the sages, În L. Stevenson și D. L. Haberman (Coord.). *Ten theories of human nature* (ed. a 3-a, pp. 25-44). New York, NY: Oxford University Press.

Hadjistavropoulos, T. și Malloy, D.C. (1999). Ethical principles of the American Psychological Association: An argument for philosophical and practical ranking. *Ethics & Behavior, 9,* 127-140. http://dx.doi.org/10.1207/s15327019eb0902_4

Haidt, J. (2001). The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment. *Psychological Review, 108,* 814-834. http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.108.4.814

Haidt, J. și Kesebir, S. (2010). Morality. În S.T. Fiske, D.T. Gilbert și G. Lindzey (Coord.), *Handbook of social psychology* (ed. a 5-a, pp. 797-832). Hoboken, NJ: Wiley.

Hammel, G., Olkin, R. și Taube, D. (1996). Student-educator sex in clinical and counseling psychology doctoral training. *Professional Psychology: Research and Practice, 27,* 93-97. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.27.1.93

Handelsman, M.M. (2011, 1 februarie). *5 ways to teach ethics* [comentariu pe internet]. Extras de pe http://www.psychologytoday.com/blog/the-ethical-professor/201102/5-ways-teach-ethics

Handelsman, M.M., Gottlieb, M.C. și Knapp, S. (2005). Training ethical psychologists: An acculturation model. *Professional Psychology: Research and Practice, 36,* 59-65. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.36.1.59

Handelsman, M.M., Knapp, S și Gottlieb, M.C. (2011). Positive ethics. În C.R. Snyder și S.J. Lopez (Coord.), *Handbook of positive psychology* (pp. 731-744). New York, NY: Oxford University Press.

Handelsman, M.M., Knapp, S. și Gottlieb, M.C. (2009). Positive ethics: Themes and variations. În C.R. Snyder și S.J. Lopez (Coord.), *Oxford handbook of positive psychology* (ed. a 2-a, pp. 105-113). New York, NY: Oxford University Press.

Härtel, C.E.J. și Härtel, G.F. (1997). SHAPE-assisted intuitve decision making and problem solving: Information-processing-based training for conditions of cognitive busyness. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 1,* 187-189. http://dx.doi.org/10.1037/1089-2699.1.3.187

Hartzell, M., Seikkula, J. și von Knorring, A.-L. (2009). What children feel about their first encounter with child and adolescent psychiatry.

Contemporary Family Therapy: An International Journal, 31, 177-192. http://dx.doi.org/10.1007/s10591-009-9090-x

Hawley, K.M. și Weisz, J.R. (2003). Child, parent and therapist (dis) agreement on target problems in outpatient therapy: The therapist's dilemma and its implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71,* 62-70. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.62

Heilbron, N., Compton, J.S., Daniel S.S. și Goldston, D.B. (2010). The problematic label of suicide gesture: Alternatives for clinical research and practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 41,* 221-227. http://dx.doi.org/10.1037/a0018712

Hennessey, K. (2011, ianuarie). ZINA/emerging voices: Teaching psychology in Kenya. *Pennsylvania Psychologist,* p. 6.

Janoff-Bulman, R., Sheikh, S. și Hepp. S. (2009). Prospective versus prescriptive morality: Two faces of moral regulation. *Journal of Personality and Social Psychology, 96,* 521-537. http://dx.doi.org/10.1037/a0013779

Johnson, S. (2011). *De unde vin ideile bune. Istoria naturală a inovației.* București: Publica.

Johnson, W.B., Barnett, J.E., Elman, N.S., Forrest, L. și Kaslow, N.J. (2013). The competence constellation model: A communitarian approach to support professional competence. *Professional Psychology: Research and Practice, 44,* 343-354. http://dx.doi.org/10.1037/a0033131

Johnson, W.B., Elman, N.S., Forrest, L., Robiner, W.N., Rodolfa, E și Schaffer, J.B. (2008). Addressing professional competence problems in trainees: Some ethical considerations. *Professional Psychology: Research and Practice, 39,* 589-599. http://dx.doi.org/10.1037/a0014264

Kahneman, D. (2003). A perspective on judgment and choice: Mapping bounded rationality. *American Psychologist, 58,* 697-720. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.58.9.697

Kahneman, D. (2012). *Gândire rapidă, gândire lentă.* București: Publica.

Kahneman, D. și Klein, G. (2009). Conditions for intuitive expertise: A failure to disagree. *American Psychologist, 64,* 515-526. http://dx.doi.org/10.1037/a0016755

Kahneman, D. și Tversky, A. (1972). Subjective probability: A judgment of representativeness. *Cognitive Psychology, 3,* 430-454. http://dx.doi.org/10.1016/0010-0285(72)90016-3

Kahneman, D. și Tversky, A. (1979). Prospect Theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica, 47,* 263-291. http://dx.doi.org/10.2307/1914185

Kahneman, D. și Tversky, A. (1984). Choices, values, and frames. *American Psychologist, 39,* 341-350. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.39.4.341

Kant, I. (1994). *Bazele metafizicii moravurilor.* București: Antet 2000. (Lucrarea originală publicată în 1785)

Kaslow, F.W., Patterson, T. și Gottlieb, M. (2011). Ethical dilemmas in psychologists accessing internet data: Is it justified? *Professional Psychology: Research and Practice, 42,* 105-112. http://dx.doi.org/10.1037/a0022002

Kern, M.C. și Chugh, D. (2009). Bounded ethicality: The perils of loss framing. *Psychological Science, 20,* 378-384. http://dx.doi.org/10.1111/j.467-9280.2009.02296x

Kidder, R.M. (2009). *How good people make tough choices: Resolving the dilemmas of ethical living* (ed. rev.). New York, NY: Harper.

Kim, S.Y., Wang, Y., Orozco-Lapray, D., Shen, Y. și Murtuza, M. (2013). Does „tiger parenting" exist? Parenting profiles of Chinese Americans and adolescent developmental outcomes. *Asian American Journal of Psychology, 4,* 7-18. http://dx.doi.org/10.1037/a0030612

King, M.L. Jr. (1967). *Where do we go from here: Chaos or community?* New York, NY: Harper & Row.

Klein, G. (2009). *Streetlights and shadows: Searcing for the keys to adaptive decision making.* Cambridge, MA: Bradford Books.

Knapp, S. (2005, mai). If we didn't, we wouldn't be human. *Pennsylvania Psychologist*, p. 18

Knapp, S. (2006, iulie). Health care professionals encounter slavery in America. *Pennsylvania Psychologist*, p. 7.

Knapp, S. (2011a, octombrie). How should psychologists respond to hate-filled comments? *Pennsylvania Psychologist*, p. 7.

Knapp, S. (2011b, octombrie). Whom should you vote for in 2012? *Pennsylvania Psychologist*, p. 5.

Knapp, S. (2012, august). What to do with a drunken patient. *Pennsylvania Psychologist*, pp. 3-4.

Knapp, S. și Gavazzi, J. (2012a, aprilie). Can checklists help reduce treatment failures? *Pennsylvania Psychologist*, pp. 8-9.

Knapp, S. și Gavazzi, J. (2012b). Ethical issues with patients at a high risk for treatment failure. În S.J. Knapp, M.C. Gottlieb, M.M. Handelsman și L. VandeCreek (editori), APA handbook of ethics in psychology (vol. 1, pp. 401-415). Washington, DC: American Psychological Association. http://dx.doi.org/10.1037/13271-015

Knapp, S., Gottlieb, M., Berman, J. și Handelsman, M.M. (2007). When laws and ethics collide: What should psychologists do? *Professional Psychology: Research and Practice, 38*, 54-59. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.38.1.54

Knapp, S., Handelsman, M.M., Gottlieb, M.C. și VandeCreek, L.D. (2013). The dark side of professional ethics. *Professional Psychology: Research and Practice, 44*, 371-377. http://dx.doi.org/10.1037/a0035110

Knapp, S., Lemoncelli, J. și VandeCreek, L. Ethical responses when patients'religious beliefs appear to harm their well-being. *Professional Psychology: Research and Practice, 41*, 405-412. http://dx.doi.org/10.1037/a0021037

Knapp, S. și Small, R. (1997, aprilie). *Ethics is more than a code*. Atelier susținut la Conferința de Etică de Primăvară organizată de Asociația Psihologică din Pennsylvania, Philadelphia, PA.

Knapp, S. și VandeCreek, L. (2007). When values of different cultures collide: Ethical decision making in a multicultural context. *Professional Psychology: Research and Practice, 38,* 660-666. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.660

Knapp, S., Younggren, J.N., VandeCreek, L., Harris, E. și Martin, J.N. (2013). *Assessing and managing risk in psychological practice: An individualized approach* (ed. a 2-a). Rockville, MD: The Trust.

Knapp, S.J. și VandeCreek, L.D. (2012). *Practical ethics for psychologists: A positive approach* (ed. a 2-a). Washington, DC: American Psychological Association.

Knauss, L.K. și Knauss, J.W. (2012). Ethical issues in multiperson therapy. În S.J. Knapp, M.C. Gottlieb, M.M. Handelsman și L. VandeCreek (Coord.), *APA handbook of ethics in psychology:* (Vol. 2, pp. 29-43). Washington, DC: American Psychological Association. http://dx.doi.org/10.1037/13272-003

Knox, S. (2008). Gifts in psychotherapy: Practice review and recommendations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45,* 103-110. http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.45.1.103

Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy: A practical guide.* New York, NY: Guilford Press.

Kolmes, K. și Taube, D. O. (2014). Seeking and finding out clients on the internet: Boundary consideration in cyberspace. *Professional Psychology: Research and Practice, 45,* 3-10. http://dx.doi.org/10.1037/a0029958

Koocher, G.P. și Keith-Spiegel, P. (2008). *Ethics in psychology and the mental health professions: Standards and cases* (ed. a 3-a). New York, NY: Oxford University Press.

Lamb, D.H., Catanzaro, S.J. și Moorman, A.S. (2004). A preliminary look at how psychologists identify, evaluate, and proceed when faced with possible multiple relationship dilemmas. *Professional Psychology: Research and Practice, 35,* 248-254. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.35.3.248

Lambert, M. (2007). Cuvântul Președintelui: What have we learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care? *Psychotherapy Research, 17,* 1-14. http://dx.doi.org/10.1080/10503300601032506

Lasser, J. și Gottlieb, M.C. (2004). Treating patients'distress regarding their sexual orientation: Clinical and ethical alternatives. *Professional Psychology: Research and Practice, 35,* 194-200. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.35.2.194

Layman, B. (1999, trimestrul al 4-lea). A breast cancer experience: How it impacted my life as a psychologist. *Michigan Psychologist,* p. 5.

Lazarus, A.A. (1994). How certain boundaries and ethics diminish therapeutic effectiveness. *Ethics & Behavior,* 4, 255-261. http://dx.doi.org/10.1207/s15327019eb0403_10

Loewenstein, G. (2005). Hot-cold empathy gaps in medical decision making. *Health Psychology, 24,* S49-S56.

McGillicuddy, N.B., Rychtarik, R.G., Morsheimer, E.T. și Burke-Storer, M.R. (2007). Agreement between parent and adolescent reports of substance use. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 16,* 59-78. http://dx.doi.org/10.1300/J029v16n04_04

Mencius. (1976). Remonstrances from the *Book of Filial Piety (The Hsiao King).* În R.O. Ballou (Ed.), *The portable World Bible* (p. 529). New York, NY: Penguin Books.

Messick, D.M. și Bazerman, M.H. (1996). Ethical leadership and the psychology of decision making. *Sloan Management Review, 37(2),* 9-22.

Mill, J.S. (1987). Utilitarianism. În A. Ryan (Coord.), *John Stuart Mill and Jeremy Bentham: Utilitarianism and other essays* (pp. 272-338). New York, NY: Penguin Books.

Moulton, P.P. (Coord.). (1971). *The journal and major essays of John Woolman.* New York, NY: Oxford University Press.

Mullainathan, S. și Shafir, E. (2013). *Scarcity: Why having too little means so much.* New York, NY: Times Books.

Nofsinger, J.R. (2002). *The psychology of investing.* Upper Saddle Hill, NJ: Prentice Hall.

Nozick, M. (1968). Moral complications and moral structures. *Natural Law Forum, 13,* 1-50.

Oetzel, K.B. și Scherer, D.G. (2003). Therapeutic engagement with adolescents in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Trainning, 40,* 215-225. http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.40.3.215

O'Reilly, R. (1987). The transfer syndrome. *Canadian Journal of Psychiatry, 32,* 674-678.

Overton J.C., Hensley, C. și Tallichet, S. E. (2012). Examining the relationship between childhood animal cruelty motives and recurrent adult violent crimes toward humans. *Journal of Interpersonal Violence, 27,* 899-915. http://dx.doi.org/10.1177/0886260511423256

Pargament, K. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy.* New York, NY: Guilford Press.

Pipes, R.B. (1997). Nonsexual relationships between psychotherapists and their former clients: Obligations of psychologists. *Ethics & Behavior, 7,* 27-41. http://dx.doi.org/10.1207/s15327019eb0701_3

Pomerantz, A. și Handelsman, M.M. (2004). Informed consent revisited: An updated written question format. *Professional Psychology: Research and Practice, 35,* 201-205. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.35.2.201

Pope, K.S. și Brown, L. (1996). *Recovered memories of abuse: Assessment, therapy, forensics.* Washington, DC: American Psychological Association. http://dx.doi.org/10.1037/10214-000

Pope, K.S. și Vetter, V.A. (1992). Ethical dilemmas encountered by members of the APA: A national survey. *AmericanPsychologist, 47,* 397-411. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.47.3.397

Pronin, E., Gilovitch, T. și Ross, L. (2004). Objectivity in the eye of the beholder: Divergent perceptions of bias in self versus others.

Psychological Review, 111, 781-799. http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.111.3.781

Pronin, E., Puccio, C. și Ross, L. (2002). Understanding misunderstanding: Social psychological perspectives. În T. Gilovich, D. Griffin și D. Kahneman (Editori), *Heuristics and biases: The psychology of intuitive judgment* (pp. 636-665). New York, NY: Cambridge University Press. http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511808098.038

Rae, W.A., Sullivan, J.R., Peña Razo, N. și Garcia de Alba, R. (2009). Breaking confidentiality to report adolescent risk-taking behavior by school psychologists. *Ethics & Behavior, 19,* 449-460. http://dx.doi.org/10.1080/10508420903274930

Reese, R.J., Norsworthy, L.A. și Rowlands, S.R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46,* 418-431. http://dx.doi.org/10.1037/a0017901

Reese, R.J., Slone, N.C. și Miserocchi, K.M. (2013). Using client feedback in psychotherapy from an interpersonal process perspective. *Psychotherapy, 50,* 288-291. http://dx.doi.org/10.1037/a0032522

Rest, J.R. (1986). *Moral development : Advances in research and theory.* New York, NY: Praeger.

Rest, J.R. (1994). Background: Theory and research. În J.R. Rest și D. Narváez (Editori), *Moral development in the professions: Psychology and applied ethics* (pp. 1-26). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Rice, N.M. și Follette, V.M. (2003). The termination and referral of clients. În W. O'Donohue și K. Ferguson (Editori), *Handbook of professional ethics for psychologists: Issues, questions, and convtroversies* (pp. 147-166). Thousand Oaks, CA: Sage.

Robbins, M.S., Liddle, H.A., Turner, C.W., Dakof, G.A., Alexander, J.F. și Kogan, S.M. (2006). Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of droput in multidimensional family therapy. *Journal*

of Family Psychology, 20, 108-116. http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.20.1.108

Rogerson, M.D., Gottlieb, M.C., Handelsman, M.M. Knapp, S. și Younggren, J. (2011). Nonrational processes in ethical decision making. *American Psychologist, 66,* 614-623. http://dx.doi.org/10.1037/a0025215

Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distorsions in the attrubution process. În L. Berkowitz (Coord.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 10, pp. 173-220). New York, NY: Academic Press.

Ross, W.D. (1998). What makes right acts right? În J. Rachels (Ed.), *Ethical theory* (pp. 265-285). New York, NY: Oxford University Press. (Lucrarea originală publicată în 1930).

Rudd, M.D. (2006). *Assessment and management of suicidality.* Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Rudd, M.D., Mandrusiak, M. și Joiner, T.E.Jr. (2006). The case against no-suicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative. *Journal of Clinical Psychology, 62,* 243-251. http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20227

Saad, L. (2010, 26 mai). *Four moral values sharply divide Americans.* Extras de pe http://www.gallup.com/poll/137357/Four-Moral-Issues-Sharply-Divide-Americans.aspx

Shapiro, J.R. și Neuberg, S.L. (2007). From stereotype threat to stereotype threats: Implications of a multi-threat framework for causes, moderators, mediators, consequences, and interventions. *Personality and Social Psychology Review, 11,* 107-130. http://dx.doi.org/10.1177/1088868306294790

Simon, H.A. (1983). *Reason in human affairs.* Stanford, CA: Stanford University Press.

Skovholt, T.M. și Rønnestad, M.H. (1992). *The evolving professional self.* New York, NY: Wiley.

Slovic, P., Finucane, M., Peters, E. și MacGregor, D.G. (2002). The affect heuristic. În T. Gilovich, D. Griffin și D. Kahneman (Coord.), *Heuristics and biases: The psychology of intuitive judgment* (pp. 397-420). New York, NY: Cambridge University Press. http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511808098.025

Smith, D. și Fitzpatrick, M. (1995). Patient-therapist boundary issues: An integrative review of theory and research. *Professional Psychology: Research and Practice, 26,* 499-506. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.26.5.499

Smith, T.S., MsGuire, J.M., Abbott, D.W. și Blau, B.I. (1991). Clinical ethical decision making: An investigation of the rationales used to justify doing less than one believes one should. *Professional Psychology: Research and Practice, 22,* 235-239. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.22.3.235

Stark, A. (2005). Why are (some) conflicts of interest in medicine so uniquely vexing? În D.A. Moore, D.M. Cain, G. Loewenstein și M.H. Bazerman (Editori), *Conflicts of interest: Challenges and solutions in business, law, medicine, and public policy* (pp. 152-180). New York, NY: Cambridge University Press. http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511610332.012

Sternberg, R.J., Grigorenko, E.L. și Kalmar, D.A. (2001). The role of theory in unified psychology. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology, 21,* 99-117. http://dx.doi.org/10.1037/h0091200

Stewart, R.E. și Chambless, D.L. (2008). Treatment failures in private practice: How do psychologists proceed? *Professional Psychology: Research and Practice, 39,* 176-181. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.39.2.176

Swift, J.K. și Greenberg, R.P. (2014). *Premature termination in psychotherapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Taleb, N. (2010). *Lebăda neagră.* București: Curtea Veche Publishing

Tao, K.W. (2014).Too close and too far. Counseling emerging adults in a technological age. *Psychotherapy, 51,* 123-127. http://dx.doi.org/10.1037/a0033393

Tenbrunsel, A.E. și Smith-Crowe, K. (2008). Ethical decision making: Where we've been and where we're going. *Academy of Management Annals, 2,* 545-607. http://dx.doi.org/10.1080/19416520802211677

Tompkins, K.A., Swift, J.K. și Callahan, J.L. (2013). Working with clients by incorporating their preferences. *Psychotherapy, 50,* 279-283. http://dx.doi.org/10.1037/a0032031

Tversky, A. și Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science, 185,* 1124-1131. http://dx.doi.org/10.1126/science.185.4157.1124

Tversky, A. și Kahneman, D. (1983). Extensional versus intuitive reasoning: The conjunction fallacy in probability judgment. *Psychological Review, 91,* 293-315.

Vasquez, M. (2007). Sometimes a taco is just a taco. *Professional Psychology, Research, and Practice, 38,* 406-408.

Vieten, C., Scammell, S., Pilato, R., Ammondson, I., Pargament, K.I. și Lukoff, D. (2013). Spiritual and religious competencies for psychologists. *Psychology of Religion and Spirituality, 5,* 129-144. http://dx.doi.org/10.1037/a0032699

Way, N., Okazaki, S., Zhao, J., Kim, J., Chen, X., Yoshikawa, H., . . . Deng, H. (2013). Social and emotional parenting: Mothering in a changing Chinese society. *Asian American Journal of Psychology, 4,* 61-70. http://dx.doi.org/10.1037/a0031204

Weinstein, B. (2000). *What should I do? 4 simple steps to making better decisions in everyday life.* New York, NY: Perigee.

Werth, J.L. și Welfel, E.R. și Benjamin, G.A.H. (Coord.). (2009). *The duty to protect: Ethical, legal, and professional considerations for mental health professionals.* Washington, DC: American Psychological Association.

Wetherbee, L. (2006). Cultural issues in working with clients belonging to the evangelical Christian subculture. *Maryland Psychologist, 51,* 10-11, 15.

Whiteman, T. (2010, septembrie). The resilience of happiness: What I learned on my winter vacation. *Pennsylvania Psychologist,* pp. 23-24.

Williams, J., Hadjistavropoulos, T., Fuchs-Lacelle, S., Malloy, D.C., Gagnon, M. și Sharpe, D. (2012). A mixed methods investigation of the effects of ranking ethical principles on decision making: Implications for the Canadian Code of Ethics for psychologists. *Canadian Psychology, 53,* 204-216. http://dx.doi.org/10.1037/a0027624

Wilkinson, T.J., Wade, W.B. și Knock, L.D. (2009). A blueprint to assess professionalism: Results of a systematic review. *Academic Medicine, 84,* 551-558. http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e31819fbaa2

Worthington, E. și Scott, G. (1983). Goal selection for counseling with potentially religious clients by professional and trainee counselors in explicitly Christian or secular settings. *Journal of Psychology and Theology, 11,* 318-329.

Yarhouse, M.A. și Beckstead, L. (2007, 17 august). *Sexual identity therapy to address religious and spiritual conflicts.* Simpozion cu ocazia adunării anuale a Asociației Psihologice Americane, San Francisco, CA.

Younggren, J.N. (2007). Competence as a process of self-appraisal. *Professional Psychology: Research and Practice, 38,* 515-516.

Younggren, J.N. și Davis, D.D. (2012). Ethical issues at the beginning and end of therapy. În S.J. Knapp, M.C. Gottlieb, M.M. Handelsman și L. VandeCreek (Coord.). *APA handbook of ethics in psychology* (Vol. 1,p p. 417-431). Washington, DC: American Psychological Association. http://dx.doi.org/10.1037/13271-016

Younggren, J.N. și Gottlieb, M.C. (2004). Managing risk when contemplating multiple relationships. *Professional Psychology: Research and Practice, 35,* 255-260.

Younggren, J.N. și Gottlieb, M.C. (2008). Termination and abandonment: History, risk, and risk management. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*, 498-504. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.39.5.498

Zimbardo, P. (2007). *The Lucifer effect*. New York, NY: Random House.